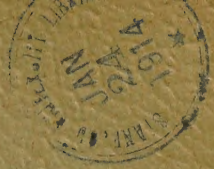

DE PESSARIUMTHERAPIE

BIJ

RETROFLEXIO UTERI.

J. W. DE BRUIJNE.

DE PESSARIUMTHERAPIE

BIJ

RETROFLEXIO UTERI.

DE PESSARIUMTHERAPIE
BIJ
RETROFLEXIO UTERI.

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE,

AAN DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM,

OP GEZAG VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS

Dr. HUGO DE VRIES,

Hoogleeraar in de Faculteit der Wis- en Natuurkunde,

IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN

OP DINSDAG DEN 3den MEI 1898, DES NAMIDDAGS TE 3½ URE,

IN DE AULA DER UNIVERSITEIT,

DOOR

JAN WILLEM DE BRUIJNE,

ARTS,

GEBOREN TE GOES.

AAN DE NAGEDACHTENIS

MIJNER OUDERS.

Het is mij een zeer aangename taak U allen, Professoren en Docenten der Philosophische en Medische Faculteit, openlijk mijne erkentelijkheid te betuigen voor alles, wat door U is bijgedragen tot mijne wetenschappelijke vorming.

Hooggeleerde Treub, Hooggeachte Promotor! Aan U inzonderheid een woord van dank voor de zeer gewaardeerde hulp, die ik in zoo ruime mate bij 't vervaardigen van dit proefschrift van U mocht ondervinden.

In 't bijzonder wensch ik mijn hartelijken dank te betuigen aan het Hooggeacht Bestuur der Lukasstichting en vooral aan Ds. van Dijk voor al hetgeen zij gedurende mijn studietijd voor mij deden.

INLEIDING.

Wanneer wij nagaan, wat in de laatste jaren over de behandeling van de retroflexio uteri is geschreven, vinden wij daarin voornamelijk beschrijving en beoordeeling van operatie's, die het doel hebben deze afwijking tot genezing te brengen. Verschillende operatie's met verschillende resultaten leert men in deze literatuur kennen, alle met meer of minder pretentie *radikale* genezing te brengen. Zoo nu en dan wordt een enkel woord aan de pessariumtherapie gewijd; meestal wordt deze niet gunstig beoordeeld en wordt hare waarde geringer geacht dan die der operatieve therapie. Toch mag zij zich soms verheugen in wat meer belangstelling, ja zelfs aangeprezen te worden valt haar soms te beurt. Zoo zeide KÜSTNER op het Duitsche Gyn. Congres te Leipzig dit jaar, dat de pessariumtherapie zeer slecht bekend is en veel te weinig toegepast wordt.

Het doel van dit proefschrift is nu om de waarde van de pessariumtherapie bij de eenvoudige retroflexio uteri meer op den voorgrond te stellen. Bij de niet-gecompliceerde retroflexie moge al een enkele maal een operatie noodig zijn, in de overgroote meerderheid kunnen wij gerust de operatieve behandeling achterwege laten.

Wij zullen nu behandelen:

1. De normale ligging van den uterus.

2. De afwijkende ligging (retroflexie.)

3. De indicatie's voor behandeling van de retroflexie en op welke wijze pess. behandeling daaraan kan voldoen.

Ten slotte hopen wij eenige ziektegeschiedenissen mede te deelen van personen, bij welke de pessariumtherapie goede resultaten heeft gegeven.

I. NORMALE LIGGING VAN DEN UTERUS.

Om een goed inzicht te hebben in de beteekenis van den afwijkenden stand van den uterus is het zeker wenschelijk den normalen stand te kennen. Zoo alleen kunnen wij toch een goed oordeel vellen over het al of niet noodzakelijke eener therapie en zoo behandeling noodig is, welke dan de beste zal zijn.

Door Schultze is de leer van de normale Anteflexio uteri gegrondvest. Het corpus uteri is in normale gevallen ten opzichte van de cervix naar voren geknikt. Daarbij mag de knikkingshoek niet scherp zijn, anders wordt het een pathologische anteflexie. Het is goed op dit verschil tusschen normale en pathologische Anteflexie te wijzen, omdat bij sommigen de juiste onderscheiding gemist wordt.

Hoewel Schultze dus de eer toekomt deze leer gehandhaafd te hebben, zoodat zij nu door iedereen erkend wordt, zegt hij zelf: Dr. B. S. Schultze, Die Pathologie und Terapie der Lageveränderungen, Berlin 1881, bl. 31, 32, dat reeds anderen vóór hem dezelfde meening waren toegedaan. Zoo, zegt hij, hebben reeds gezegd: Chiari, Braun en Späth in hun „Klinik der Geburtshülfe und Gynäkologie, 1855 bl. 375: „Die Stellung des jungfräulichen Uterus ist derartig, dass der Körper desselben zum Halstheile in einem stumpfen, nach vorn und unter offenen Winkel gestellt ist, so dass man bei der inneren Untersuchung einen grossen Theil der vorderen Uterusfläches durch das vordere Scheidengewölbe fühlen kann."

Zoo heeft Bennet: „On Anteflexion of the uterus considered as a normal Anatomical condition, Dublin quaterly Journal, 1857, bl. 314" reeds een normale Anteflexio uteri gevonden. Dit resultaat verkreeg hij door onderzoek met weeke sonden.

Wel verkeerden sommigen, zooals Boulard en Cusco 1853, nog in den waan, dat dit alleen gold voor den foetalen en kinderlijken uterus. Tegenover hen verdedigde Aran zijne meening, dat ook op lateren leeftijd de uterus normaal geanteflecteerd is en dus *niet* behoefde behandeld te worden.

Panas: Archives générales de médecine, 1869, verdedigde de leer der normale anteff. uteri op grond van onderzoek van *levende* vrouwen. Sectie's kunnen toch geen licht verschaffen, aangezien de ligging van den uterus post mortem niet dezelfde als tijdens het leven

behoeft te zijn. Panas deelt de statistieken mede van Gosselin, Goupil en die van hem zelf. Wel kan tegen deze aangevoerd worden, dat zij betreffen jeugdige, met venerische ziekten aangedane vrouwen, doch bij velen waren deze ziekten zeker zonder invloed op de ligging van den uterus geweest.

Toch was het van 1860—'70 nog een worsteling om de normale anteflexio uteri als eene algemeen geldende waarheid ingang te doen vinden. Zoo wijzen Winckel 1866 en Schröder 1867 nog slechts op de normale antefl. ut. bij den *puerpuralen* uterus, terwijl Credé eindelijk uitspreekt, dat ook de niet-puerpur. uterus geanteflecteerd is.

Juist Schultze heeft in deze jaren met nadruk deze leer verdedigd. Hij heeft de verdienste in 1864 op de bimanueele palpatie te hebben gewezen als een onderzoekingsmethode, waardoor met veel meer nauwkeurigheid dan vroeger kan gediagnosticeerd worden. Wel was in 1759 reeds door Puzos deze methode toegepast en deden na hem dit in Frankrijk sommigen, doch door Schultze is de bimanueele palpatie het eigendom van allen geworden.

Met deze onderzoekingsmethode heeft Schultze aangetoond, dat bij *alle* vrouwen, dus niet alleen bij foetus en kinderen, de uterus normaal in anteflexie ligt. Bij het onderzoek moet de vrouw horizontaal liggen en blaas en rectum leeggemaakt worden. Staat de vrouw dan is de uterus ongeveer horizontaal gelegen en zou men beter van boven- en benedenwand, dan van voor- en achterwand kunnen spreken.

Wat nu de *graad* van flexie betreft, deze is volgens Schultze afhankelijk

1e van de lengte van de portio vaginalis.

2e van de stijfheid van de wanden v. d. port. vag.

3e van den leeftijd.

4e van het al of niet gravida geweest zijn.

Dat een uterus, die zwanger geweest is stijver zou zijn, dan een, die niet zwanger geweest is, zoo als Schultze bl. 9 zegt, schijnt mij onjuist te zijn. De zwanger geweest zijnde is meer flexibel.

Op welke wijze wordt de uterus nu in zijne normale Anteflexie gehouden, welke bewegingen zijn normaliter mogelijk en welke momenten zijn van invloed op de bewegingen van den uterus?

Prof. Treub zegt in zijn „Leerboek der Gynaecologie", 3de druk 1898, bl. 28: „De fixatie v. d. uterus is twee-„ledig: Voor een gedeelte, en wel voor het geringste, „wordt de baarmoeder verhinderd naar den bekkenuit-„gang te zakken door de basis van den breeden „band, die een indirecte verbinding tusschen uterus „en bekkenwand tot stand brengt. In hoofdzaak „echter steunt de uterus met zijn lichaam op het „verplaatsbare gedeelte van den bekkenbodem en dit „wordt weer gedragen door het vaste gedeelte van „den bekkenbodem. Het verplaatsbare gedeelte van „den bekkenbodem is volgens Hart: blaas, urethra, „vaginaalwanden, die, als geheel genomen, omgeven „zijn door een ring van losmazig vetweefsel en slechts „aan de voorzijde, en dan nog weinig stevig, met de

„symphysis verbonden zijn. Het vaste gedeelte van „den bekkenbodem is volgens HART het volgende: „Wanneer men het verplaatsbare gedeelte uit den bek- „kenbodem sneed, dan zou men, door den ingang in „het bekken ziende, het volgende waarnemen. Aan „de voorzijde de achtervlakte van de schaambeenderen, „gaande naar beneden en achter; aan de zijvlakten „de binnenvlakten van musc. obturator internus en „musc. levator ani, gaande naar beneden en binnen, „en aan de achterzijde den voorsten rectaalwand en „het met de musc. pyriformes bekleede sacrum, gaande „naar beneden en voor. Men zou dan kijken in een „trechter, waarvan de wanden convergeeren naar een „centraal punt, dat wordt ingenomen door de vaste „spier- en bindweefselmassa, die wij als het perineum „kennen en die innig verbonden is met het staartbeen „en het ondereinde van het sacrum. Dit alles vormt „het vaste en draagt het verplaatsbare gedeelte van „den bekkenbodem en steunt daardoor indirect den „uterus.

„Deels door eigen zwaarte, deels door den op hem „rustenden druk van den buikinhoud, wordt de uterus „op dit steunapparaat in situ gehouden. De banden „hebben voor de fixatie van den uterus normaliter „geen beteekenis. Deze komen eerst in werking als „pathologische bewegingen dreigen tot stand te komen." Welke zijn nu de physiologische bewegingen en door welke invloeden komen ze tot stand?

„Is de blaas ledig zoo ligt de voorwand van den „uterus daarop. Bij vulling van de blaas drukt zij

„het corpus uteri terug en daardoor wordt, behalve „het corpus uteri, ook de portio vaginalis bewogen. „Het gedeelte van den baarmoederhals, dat gelegen „is tusschen den vaginaalwand en het ostium inter- „num, is omgeven door en verbonden met het parame- „trane weefsel, dat daar de basis van den breeden band „vormt. Dit gedeelte van den uterus moet als een „relatief vast punt beschouwd worden, waarin de „baarmoeder om een dwarse as kan gedraaid wor- „den. Gaat nu door de vulling van de blaas het cor- „pus uteri naar achter dan moet de portio vaginalis, „het andere einde van den hefboom, naar voren be- „wogen worden. Of juister gezegd, dan zou dat moeten „geschieden en wel met een, in graden uitgedrukt, „even grooten uitslag, als dien het corpus maakt, „wanneer de verbinding tusschen corpus en cervix „uteri volkomen vast was. Aangezien dit nu echter „niet het geval is, doch die verbinding vrij los is, „beteekent de liggingsverandering van de portio vagi- „nalis door de blaasvulling weinig in verhouding tot „die van het corpus. In hoofdzaak wordt door den „blaasinhoud slechts het corpus uteri achterover be- „wogen, waarbij dus een tweede bewegingsmogelijkheid „in het spel komt n.l. de afzonderlijke beweging van „het baarmoederlichaam, waarvoor zich het scharnier „(s. v. v.) bevindt op de hoogte van het ost. internum. „Daardoor wordt de knikkingshoek tusschen lichaam „en hals gestrekt, de anteflexie dus verminderd."

Naast deze verminderde anteflexie door vulling van de blaas komt de van de rectaalvulling afhankelijke

beweging. Is de ampulla recti sterk uitgezet door faeces zoo wordt daardoor de portio naar voren gedreven. Toch is de invloed van het rectum op den stand der geheele baarmoeder geringer dan die der blaas. Ten eerste wegens den meestal geringeren vullingstoestand en den korten duur daarvan en ten tweede, omdat het rectum meestal iets links loopt van de mediaanlijn, waarin zich de portio bevindt en eindelijk, omdat primaire verplaatsing van de portio, waarbij de kracht aan den korten hefboomsarm van den uterus aangrijpt, geen overwegende beteekenis kan hebben voor den stand van den langen arm, het capus uteri.

Dat nu deze bewegingen binnen de physiologische *grenzen* blijven, komt door de werking van de *banden* van den uterus. Bij overmatige vulling van de blaas zullen de ligamenta rotunda en ook de als ligam. vesico-uterina beschreven, weinig ontwikkelde verdikkingen aan de voorzijde van de breede banden, in spanning komen en te ver gaande achteroverplaatsing van het corpus uteri tegenwerken. De lig. recto-uterina of plicae Douglasii zullen daarentegen een overmatige beweging van de cervix naar voren tegenwerken.

Eindelijk zal het geheele bandapparaat met het peritoneum parietale van het bekken in spanning geraken bij de daling van den uterus en dus casu quo deze tegenhouden.

Daarbij wordt dus geen beteekenis gehecht aan de ligamenta als actieve bevorderaars der Anteflexie. In dezen geest laat Schultze zich uit bl. 9, n.l. alsof

deze ligam. door hare elastische en contractieve actie de anteflexie zouden helpen bevorderen, hetgeen tijdens de naweeën i. h. puerp. zou geschieden.

Van Mackenrodt zijn (zie Küstner in Veits Handbuch, 1897 bl. 78) de nieuwste onderzoekingen over de spieren van de Ligamenta.

„Dieselben haben ergeben, dass sich der sehr kräftige, ohne weiteres als ausserordentlich leistungsfähig anzusprechende Muskelapparat zwischen cervix und weniger den Beckenknochen, als hauptsächlich der Fascia pelvis ausspant, sodass letztere das andere Punctumfixum dieser Muskelmasse darstellt. Diese Muskelmasse, welche sich nach hinten zu bis unter die Douglas'schen Falten, nach vorn, wie bereits Ziegenspeck fand, auf die Blase erstreckt, nennt Mackenrodt Lig. transversum colli oder Lig. latum colli."

Hij zegt verder, dat het grootste gedeelte van die spieren insereeren aan de Fascia pelvis en daardoor heeft deze fascie ook beteekenis voor de ligging v. d. uterus.

Küstner wijst op deze onderzoekingen, omdat de beteekenis van de spieren, „nicht allgemein anerkannt" is geworden.

„So meint Fehling „Die Bedeutung der sogen. Bänder „des Uterus ist für gewöhnlich Null; diese treten erst „pathologischer Weise in Thätigkeit." Aehnlich äussert „sich Fritsch Schroeder, Doléris sehen das hauptsäch„lichste Befestigungsmittel des Uterus in der normalen „Beschaffenheit des Uterusparenchyns; Charles Bell „und M. Duncan in dem Tonus der Scheide, Emmet

„im Beckenbindegewebe, v. Winckel und Ziegenspeck „in den Gefässen der Lig. lata,"

Hieruit blijkt, dat de meeningen nog niet overeenstemmend zijn.

Volgens Küstner zouden de Lig. rotunda wel terdege actief werken, ook bij normale ligging v/d uterus. Zoowel bij sectie als bij de Alexander'sche Operatie vindt men zulke sterke en zoovele spierbundels, dat, wanneer deze niet functionneerden, zij meer atrophisch zouden zijn, terwijl hij zegt, dat het gekromd verloopen van de spiermassa geen bezwaar is, aangezien elke spierbundel op zichzelf verloopt en afzonderlijk werkt.

Behalve beweging door vulling van blaas en rectum is er een beweging van den uterus in toto mogelijk, die physiologisch alleen in de lengte-as van het lichaam geschiedt.

Dit geschiedt bij in- en exspiratie en bij het werken van de buikpers.

Bovendien kunnen wij zoowel van buiten uit met de hand op den buik of van de vagina uit of wel gecombineerd aan den uterus verschillende bewegingen geven, die wij hier niet behoeven te bespreken. Wel is het van beteekenis bij het onderzoek dit te bedenken, opdat de ligging die ontstaan is door de onderzoekende vingers niet als de juiste worde beschouwd.

Resumeerende is dus de normale ligging van den

uterus, hoewel beweeglijk en daaglijks wisselend, toch een vrij constante, en zijn de physiologische liggingsveranderingen binnen betrekkelijk enge grenzen beperkt.

II. RETROFLEXIO UTERI.

Wanneer het corpus uteri niet naar voren geknikt is, zooals normaal, maar naar achteren, noemen wij den uterus geretroflecteerd en de abnormaliteit heet retroflexio uteri = achteroverkanteling van de baarmoeder. De achteroverkanteling van de baarmoeder wordt tegengehouden èn door de Lig. rotunda, die het corpus uteri naar voren houden, èn door de plicae Douglasii, die de cervix uteri naar achteren houden. Zoolang deze banden hun normale stevigheid behouden en niet geforceerd worden, is een retroflexie niet mogelijk, omdat deze dit beletten. Vereischte voor het ontstaan eener retroflexie is dus, dat deze ligam. meegeven. Dit kan èn door abnormale lengte èn door abnormale rekbaarheid. Abnormaal lang zijn de banden in het puerperium. Bij het toenemen van den uterus tijdens de graviditeit worden de banden gerekt, doch

ook door actieven groei, door hypertrophie worden zij langer en, met name de plicae Douglassii, meer succulent.

In het puerperium gaan met de involutie van den uterus, enz. ook deze banden tot hun vroeger bestaanden toestand terug. Dit geschiedt echter langzaam. Na enkele dagen van losse verbinding tusschen cervix en corpus uteri ontstaat er een meer vaste, waarbij weinig beweging tusschen corpus en cervix uteri *onderling* mogelijk is. Het corpus ligt daarbij in anteflexie. Bij beweging van het corpus uteri naar achteren gaat de cervix uteri naar voren en omgekeerd. Wanneer de banden nu nog zoo slap en lang zijn, dat zij een beweging niet tegenhouden, zoo valt de uterus in retroflexie, of liever in retroversie, wanneer het corpus uteri van de voorzijde gedrukt wordt of wel de cervix aan de achterzijde naar voren geduwd wordt. Het eerste doet een gevulde blaas, het laatste een gevuld rectum, vooral als het met harde faeces is gevuld. Een begunstigend moment is langdurige rugligging. Wanneer de beweging tusschen corpus en cervix uteri weer mogelijk is gaat de retroversie over in een retroflexie. Dit geschiedt door het gewicht van de intestina en door den invloed van de buikpers en ook, omdat de portio vaginalis, wanneer haar lengteas met die der vagina meer samenvalt, zij daarin gemakkelijker een plaats vindt. Dit is de meest gewone wijze van ontstaan.

Het is goed en noodig deze eerst uitvoerig te beschrijven, omdat nog niet iedereen deze meening is

toegedaan. Zoo zegt S. Bonnet in de „Annales de Gynécologie et Obstétrique 1896 bl. 605, dat de „rétrodéviations" het meest voorkomen: „Chez des femmes jeunes, vierges ou nullipares, rarement chez des multipares." Dat bij dit verschil de therapie ook niet dezelfde zal zijn, is duidelijk.

Schultze echter heeft in 1881 in „Lageveränderungen, etc." reeds geschreven, dat de meest voorkomende oorzaak ligt in de slapheid van de banden en wel vooral in de plicae Douglasii. Hij acht zoowel na een gewone verlossing als na een abortus het puerperium een gunstigen tijd voor het ontstaan van eene retroflexie. Deze zou nog sterker worden, wanneer een prolaps is voorafgegaan.

Of door algemeene spierzwakte, bloedarmoede, overprikkeling van de zenuwen van het genitaalapparaat de banden dermate slap zouden kunnen worden, dat ook daardoor een retroflexie mogelijk wordt is nog niet bewezen.

Behalve deze meest voorkomende oorzaken, zijn er nog tal van andere te noemen. Wanneer wij hen echter op zich zelf beschouwen is hun invloed op het geheele aantal van retroflexie's zeer gering. Zoo heeft Schultze „Lageveränderungen etc." bl. 124—137 nog eenige oorzaken genoemd:

1o. Fixatie van de cervix aan den voorsten bekkenwand door een parametritis anterior. Daardoor zou door de meer „rückwärts" gelegen normale verbinding van den fundus uteri en de wisseling van den intra-abdominalen druk retoflexie bewerkt worden.

2o. Verschillende voedingstoestand van voorsten en en achtersten *vaginaalwand*. Volgens Schultze zou schrompeling van den achtersten of verlenging van den voorsten vaginaalwand retrofl. bewerken. Ik zou juist omgekeerd meenen. Immers, bij schrompeling van den *voorsten* vaginaalwand wordt de vagina korter en daardoor de cervix naar voren getrokken en kan ontstaan retroflexie, niet omgekeerd.

3o. Trauma, hoewel dit zeer zelden voorkomt.

4o. Habitueele overvulling van het rectum en wellicht ook van de blaas. Door de voortdurende overvulling van 't rectum en daardoor spanning van de plicae Dougl., zou de elasticiteit en contractiliteit der laatste kunnen te loor gaan, althans kunnen verminderen. Evenzoo zou misschien de voortdurende overvulling van de blaas eene retrofl. kunnen bewerken. Wanneer wij toch een blaas met een inhoud van 600 cM.^{3} urine met een catheter ledigen, terwijl de patiente op den rug ligt, gaat eerst langzaam de uterus in anteversie, anteflexie over, doch dit geschiedt niet volkomen.

Had de blaas slechts 300 cM^3 urine inhoud gehad, dan zou deze dadelijk in volkomen anteflexie zijn gegaan.

In 1897 op het Gynaec. Congres, gehouden 9—11 Juni te Leipzig, is Schultze nog dezelfde meening toegedaan. Ook nu staat het puerperium nog bovenaan

op de lijst der oorzaken. Hij heeft daar een lijst gegeven en de oorzaken in verschillende rubrieken gerangschikt. Als 1ste rubriek komt de verslapping van de banden met het puerperium als 1ste moment. Als 2de rubriek noemt hij fixatie van de portio vagin. in een stand meer naar voren dan normaal door verschillende strengen na ontstekingen. Daarbij zou men echter kunnen vragen of hierbij de retroflexie wel het hoofdlijden is of slechts een bijzaak.

Behalve de op de vorige bladzijde reeds besprokene noemt hij nog eenige andere oorzaken, vooral verschillende tumoren, die dan eigenlijk meer het lijden zijn, terwijl de retroflexie dan soms slechts een complicatie is.

Soms schijnt er een primaire abnormale rekbaarheid van het bandapparaat van den uterus te zijn en eene niet minder abnormale bewegingsmogelijkheid tusschen corpus en cervix uteri. Althans dit moet wel de oorzaak bij nulliparae zijn. Hoe deze komt is onbekend. Dat onanie of coitus reservatus, zooals Schauta zegt, omdat „In diesem Falle kommt es zu wiederholter Hyperaemie ohne der bei vollendeten Coitus eintretenden Abschwellung," dit zouden kunnen bewerken, is minstens twijfelachtig.

Eindelijk komt een enkele maal de retroflexio uteri aangeboren voor.

Hoofdoorzaak van de retroflexie is dus zooals wij die boven beschreven. Zoo zegt ook Schauta 1888

„Die grösste Zahl der Lageveränderungen entsteht im Wochenbette."

De liggingsverandering is een stabile, terwijl de normale bewegingen van den uterus zijn beperkt of wel geheel ontbreken.

De plaats van knikking is zoowel bij retroflexie als bij de physiologische en pathologische anteflexie bijna zonder uitzondering de streek van 't ostium internum. Juist daar is normaliter de uterus in de fasci pelvis en door de pliae Douglasii gefixeerd en gaat het peritoneum van den voorwand van den uterus op de blaas over. Emmet en andere Amerikanen willen een flexie van de cervix en van het corpus uteri onderscheiden, doch Schultze ontkent dit op grond van vele onderzoekingen en metingen, waarbij hij de plaats van knikking steeds ongeveer 4 cM. van het ost. ext. vond. Soms ontstaat op deze plaats van knikking atrophie van den wand.

Wat het voorkomen der retroflexie's betreft kan gezegd worden, dat zij zeker de meest voorkomende afwijking van het vrouwelijk genitaalapparaat zijn. Over het juiste getal zal het moeilijk zijn afdoende gegevens te verkrijgen, èn omdat post mortem de uterus in retoflexie kan komen, dus de sectie's geen betrouwbare gegevens kunnen opleveren, èn omdat in vivo niet alle retrofl. tot onze kennis komen. Dit geschiedt, omdat zij soms geen stoornis opleveren of wel, omdat een vrouw uit schaamtegevoel geen medische hulp vraagt. In de statistieken, die wij in Schulze, bl. 43,

vinden en hier overnemen, komen niet de retrofl. voor, die toevallig gevonden werden bij het onderzoek van patienten die voor ander genitaallijden hulp vroegen. Trouwens deze statistieken kunnen niet betrouwbaar zijn.

Zoo geeft hij op:

Retroflexie's onder 1000 genitaalzieke vrouwen, gevonden door:

Emmet 12.
Freund 39.
C. Meyer 45.
L. Meyer 95.
Graily Hewitt 94.
B. S. Schultze 198,

terwijl Prof. Treub onder 2200 genitaalzieke vrouwen 260 retrofl., dat is 13 % vond.

Retrofl. onder 1000 Deviatie's gevonden door:

R. Smith 200.
Meyer 257.
B. S. Schultze 265.
Hewitt 297.

Retrofl. onder 1000 Flexie's gevonden door:

Emmet 84.
Scanzoni 148.
Freund 359.
Hewitt 378.
L. Meyer 415.
B. S. Schultze 443
B. Smith 476.
C. Meyer 504.
Hueter 550.

Hoewel de cijfers voor de Retrofl. mij in het algemeen schijnen te laag te zijn is dit zeker het geval met de laatste statistiek. Flexie's zijn toch slechts *pathol.* anteflexie's en retroflexie's en nu komen de laatste veel, zeer veel meer voor dan de eerste. Elk onderzoeker moet dit vinden en zelfs het getal van Hueter is zeker nog te laag.

Op bl. 44 en 45 geeft Schultze nog een nauwkeurige, gespecificeerde opgave van de gevallen in zijn kliniek van 1872—1878. Daaruit blijkt, dat van de 1376 vrouwen met genitaal lijden 237, dat is 17,2 pCt. eene retroflexie hadden.

Op het Gynaec. congres te Leipzig (1897) zegt Winter, dat volgens zijn waarnemingen op de Gynaec. poliklinniek te Berlijn ongeveer 12-13 pCt. van de patienten met retroflexie kwamen.

Ten slotte zij nog opgemerkt, dat de kennis der path. liggingsverandering nog niet oud is. Schroeder zegt (bl. 149), dat „bis in das jetzige Jahrhundert nur ganz vereinzelte Fälle von Nichtschwangeren bekannt geworden" zijn. Saxtorf in 1775, Frank 1824, Willich 1779, Schneider 1791 en Kirschner 1793 hebben een geval beschreven, terwijl Schweighäuser het eerst op grond van ervaring erop wees, dat bij niet-zwangeren de Retroflexie meer voorkomt dan bij zwangeren, hetgeen J. W. Schmidt na hem ook vond.

III. INDICATIE VOOR BEHANDELING VAN DE RETROFLEXIO UTERI EN OP WELKE WIJZE KUNNEN PESSARIA AAN DIE INDICATIE VOLDOEN.

Daarbij doen zich de volgende vragen voor:

1o. Tot welke verschijnselen geeft de Retroflexio uteri aanleiding?

2o. Eischen deze een behandeling van de Retrofl.?

3o. Kunnen de pessaria aan de eischen eener goede behandeling voldoen?

1.

Een enkele maal komt het voor, dat bij een gynaecol. onderzoek, om andere oorzaken verricht, eene retroflexio gevonden wordt, die men niet vermoed had en die tot *geen* verschijnselen aanleiding had gegeven.

Dit gebeurt echter zelden; meestal vindt men ze bij vrouwen in het climacterium (volgens Schroeder). Evenzoo oordeelt Bouilly: Symptomes et Traitement des Rétrodéviations non compliquées (La Gynécologie 1896 bl. 6) „Chez les femmes âgées, après la ménopauze, où la lésion est découverte, pour ainsi dire, par hasard, la réponse n'est pas douteuse: il faut laisser les choses en l'état, je n'ai pas vu d'inconvénient résulter de la persistance du déplacement." In dit geval wordt de retroflexie niet behandeld, want dan zijn de verhoudingen zóó, dat er geen stoornis is of wel het lichaam is er aan geaccomodeerd, zoodat juist de gereponeerde uterus aanleiding tot klachten zou kunnen geven.

Bovendien moet men de patiente onkundig houden van wat haar niet deert, omdat de wetenschap, dat haar uterus geretroflecteerd is, haar een bron van ellende zou kunnen worden.

Meestal echter geeft de retrofexie wel tot verschijnselen aanleiding, waarbij voor elk in het bijzonder dient uitgemaakt te worden of zij in directen samenhang met de retroflexie staan. Vroeger had men andere opvattingen over deze zaken. In de verschillende werken, die dit onderwerp behandelen, komt telkens de vraag ter sprake of deze verschijnselen aan de retroflexie zijn toe te schrijven of wel aan de complicatie's, in het bijzonder aan de compliceerende ontsteking, waarbij dan de vraag of deze complicatie's oorzaak of gevolg der retroflexie zijn, tot strijd aanleiding gaf. Zoo zegt Schultze in No. 176 Sammlung

Klinischer Vorträge 1876, op bl. 1398, dat in tegenstelling met de anteflexie, waarbij de complicatie's de oorzaak van de pathol. anteflexie kunnen zijn, juist bij de retroflexie, en met name bij de meest voorkomende, de verschijnselen juist hun oorzaak vinden direct in de liggingsverandering zelve of in de complic., die *gevolg*, *niet* de oorzaak van de retroflexie zijn.

Deze opvatting is niet juist. Een complicatie is een bijkomende ziekte naast de retroflexie, zooals het woord reeds aanduidt; bij een beweeglijken geretroflecteerden uterus is de complic. nòch oorzaak, nòch gevolg, want dan zou het geen complicatie meer zijn. Een retroflexie als zoodanig kan nooit ontsteking veroorzaken, wel kan ze door de door haar veranderde voedings- en circulatieverhoudingen eene aanwezige ontsteking bevorderen of het weefsel er meer gevoelig voor maken. Dat ook in het laatste geval door de opheffing der retroflexie gunstig ingewerkt kan worden op de complic. is duidelijk.

Als eerste verschijnsel kan genoemd worden de:

Bloeding. Deze ontstaat op de volgende wijze. De abnormale knikking van den uterus voert tot stuwing, voornamelijk in den plexus pampiniformis. Daardoor ontstaat secundair een slijmvlieshypertrophie. Deze hypertrophia mucosae uteri, welke vroeger heette endometritis chronica, b. v. in de editie van 1887 van Schroeder nog, werd toen voor een ontsteking gehouden, hetgeen uit de onderzoekingen van Schmall (Dissert. Leiden 1890) gebleken is onjuist te zijn. Schauta in

„Ueber die Behandlung der Retrofl. 1888" wijst eveneens op de stuwing en als gevolg daarvan bloeding en vermeerderde afscheiding:

„Es handelt sich um venöse Staunungen, die verständlich werden wenn wir bedenken, dass bei der Verlagerung des Uteruskörpers eine Torsion der Lig. lata und der in ihnen verlaufenden Gefässe um etwa 90 % zu Stande kommen muss." Deze zal in de eerste plaats op de venae invloed uitoefenen en het komt tot „Hyperämie, Schwellung des Uterus und seiner Schleimhaut, zu Hypersecretion derselben und endlich zu Blutungen."

Èn door de stuwing zelf, èn door deze slijmvlieshypertrophie ontstaat bloeding, die zich uit als menorrhagie, in hevige gevallen als metrorrhagie.

Het is duidelijk, dat beide zullen weggenomen worden, wanneer de oorzaak der stuwing, de abnormale knikking wordt weggenomen, m. a. w. wanneer de retroflexie wordt opgeheven en de uterus in den normalen stand wordt gehouden. Het zou toch, zooals Schultze terecht opmerkt, irrationeel zijn tegen de bloeding te velde te trekken en niet eerst de oorzaak op te heffen. Dat het wenschelijk is, al was het om dit symptoom alleen, de retroflexie op te heffen is duidelijk, als men het gevolg van dit voortdurend bloedverlies nagaat. Want niet alleen de anaemie, doch ook de groote bezorgdheid v/d vrouw omtrent haar toestand werkt zeer schadelijk in op haar zenuwstelsel. Schultze zegt daarover: § 162 Lageveränderungen etc. „Lange bestandene Retroflection hat meist

das Algemeinbefinden der Patientin bedeutend heruntergebracht. Der Erfolg der Reposition allein auf Hebung des Algemeinbefindens ist oft ein schnell ersichtlicher. Wenn die Anämie durch die profusen Menstruationen auch gross war so genügt es oft, dass nur zwei Menstruationen wieder in normalem Intervall mit geringer Blutung abgelaufen sind, um die Anämie fast vollständig zu heben."

In de 2de plaats dient genoemd te worden de *Fluor albus*.

Zooals wij reeds uit Schauta aanhaalden berust de vermeerderde afscheiding eveneens op de stuwing. Doch gewoonlijk niet alleen. De meeste retroflexie's komen voor bij vrouwen, die reeds gebaard hebben en bij hen is gewoonlijk de portio vaginalis in een voor- en achterlip gescheiden door inscheuring tijdens de baring. Bij de een is dit sterker dan bij de andere. Wanneer dit vrij sterk is, ontstaat door dislocatie een ectropion van de voor- en achterlip. Het cervicaalslijmvlies ligt dus voor een groot gedeelte bloot in de vagina. Dit ondervindt hierdoor een sterken prikkel, waarop het reageert door meerdere afscheiding. In deze gevallen zal men door repositie der retroflexie niet genoeg doen, maar ook tegen het ectropion te velde moeten trekken.

Als 3de symptoom is de *steriliteit* bij nulliparae en niet bij vrouwen, die reeds gebaard hebben. Volgens Prof. Treub, Leerboek der Gynaec. blz. 346, komt dit, althans in hoofdzaak, door den *mechanischen* invloed

van de knikking. „Zoo niet, dan ware het onbegrijpelijk, dat bij vrouwen, die gebaard hebben, de verdere vruchtbaarheid bijna nooit door de aanwezigheid eener retroflexie wordt verminderd."

Volgens Schultze (bl. 1394 No. 176 Volkmann's Sammlung klin. Vortr.) is dit niet het geval. Hij wil dit dan echter opvatten, als zou de bedoeling zijn, dat er stenose is van het orific. intern., doch dit is niet noodig; even goed kan het zijn gelegen in de plaats van knikking zelve, waar het lumen vernauwd is, en dit juist des te meer bij nulliparae. Schultze schrijft de steriliteit toe aan uteruscatarrh. Hij zegt: Retroflexie is meestal in den eersten tijd geen beletsel voor conceptie. Eerst nadat uteruscatarrh is opgetreden, de algemeene toestand daardoor is verminderd er bovendien is perimetr., enz. Doch in de laatste gevallen heeft de steriliteit dan ook niets met de retrofl. meer te maken. En hoe komt het dan, dat juist de steriliteit meer bij nulliparae voorkomt, terwijl de aetol. momenten van Schultze meer bij vrouwen, die reeds gebaard hebben, voorkomen? Hangt dit symptoom samen met den mechan. invloed der retroflexie, zoo zal het zeker verdwijnen met het opheffen der oorzaak.

Naast deze symptomen aan den uterus zelf, veroorzaakt de geretroflecteerde uterus verschijnselen met betrekking tot de omliggende organen. De blaas ondervindt weinig invloed van de retroflexie, het *rectum* echter des te meer. De uterus, die nu een plaats

heeft tusschen vagina en rectum, drukt het rectum, veroorzaakt een strictuur, door welke de faeces moeilijk passeeren. Wanneer de patient perst wordt het corpus uteri op den sphincter gedrukt en dit geeft het gevoel, alsof het rectum nog niet geheel van faeces vrij is, dus alsof de defaecatie niet volkomen is. Dit hangt zoo duidelijk samen met de retroflexie, dat opheffing er van onmiddellijk de klacht zal doen ophouden.

Behalve op het rectum drukt de uterus ook op den plexus sacralis, die in het bekken verloopt. Daarop reageert deze door *paraesthesiën* en *paresen* van de onderste extremiteiten.

Deze zullen verdwijnen tegelijk met het verdwijnen van de retroflexie. Echter moet men daarbij bedenken, dat de laatste verschijnselen ook van reflectorisch-nerveuzen aard kunnen zijn. Dat daarbij ook neuritis, zelfs myelitis zou kunnen ontstaan, zooals Schroeder wil, bl. 166, schijnt mij onjuist te zijn, o. a. reeds hierom, omdat na het reponeeren eener oude retroflexie ook deze verschijnselen spoedig verdwijnen, wat bij neuritis en myelitis zeker niet het geval zal zijn.

Ten slotte hebben wij : *lendenpijn*, gevoel van *zwaarte* en van *diffuse pijn* in den *onderbuik*.

Deze kunnen ontstaan doordien het peritoneum gerekt wordt of wel door den prikkel, dien het ondervindt door de circulatiestoornis in den breeden band.

Ook hier geldt het : met het verdwijnen van de oorzaak gaat ook het gevolg weg.

Behalve deze symptomen, wier samenhang met de retroflexie kan verklaard worden, heeft een patient met retrofl. uteri dikwijls algemeene stoornissen, als: maagstoornissen, hoofdpijnen, gemoedsstoornissen, neuralgieën. In hoeverre deze verschijnselen, meestal reflectorisch-nerveuze geheeten, samenhangen met het genitaallijden is moeilijk te zeggen.

Men kan alleen ex juvantibus eenige gevolgtrekking maken. Wanneer b.v. iemand jarenlang maagklachten heeft gehad, die niet weken voor interne therapie en nu in eens verdwijnen met de repositie van de retroflexie, dan moge ons de samenhang duister zijn, het zal ons toch een aanwijzing zijn in soortgelijke gevallen eveneens den uterus te reponeeren.

Zoo geeft Schroeder een geval van chorea aan; deze verdween na opheffing van de retroflexie. Toen de uterus weer in retroflexie gevallen was kwam de chorea terug, om weer te verdwijnen na vernieuwde repositie.

Chrobak heeft een geval gehad van sterke respiratie-neurose, welke na repositie van de retrofl. verdween.

2.

Uit het bovenstaande blijkt, dat de retroflexie zelve aanleiding geeft tot verschijnselen, die dermate ongunstig inwerken, dat zij de opheffing der retroflexie

dringend eischen. Het zijn dus niet alleen de complicatie's die bij de retroflexie soms voorkomen, die ongeveer den eenigen last zouden veroorzaken.

Evenzoo oordeelt Schultze. Had hij reeds in 1881 in „Die Pathol. und Therapie der Lageveränderungen" er op gewezen bl. 168 § 155 en bl. 170 § 159, hoe „eclatant die Erfolge der Reposition" zijn, in 1891 in No. 24, Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge, bl. 193, enz. komt hij op hetzelfde terug en herhaalt hij nog eens met nadruk, dat een repositie noodig is. Want, zegt hij „die Ansicht existirt in der That, dass es für die Gesundheit der Frau ziemlich gleichgültig sei, ob ihr der Gebärmuttergrund vorn oder hinten liegt", en dit op grond hiervan, dat sommigen weinig last van hun retroflexie hebben en aan den anderen kant sommige symptomen ook door ander genitaallijden worden veroorzaakt. Want wanneer er eenige samenhang moge zijn tusschen dit laatste en een aanwezige retroflexie, zoo is voor dit lijden de repositie een gunstige factor tot genezing, zóó gunstig, dat Schultze de prognoze „um 50 % günstiger" stelt. Zijn ervaring is het bovendien, dat „eine grosse Zahl nervöser Beschwerden selbst bei hereditär übel belasteten Kranken oft schnell schwinden" na de repositie.

3.

Nadat gebleken is, dat de repositie van de retroflexie noodig is, komen wij in de 3de plaats tot de vraag: „Kunnen pessaria aan de eischen eener goede

behandeling voldoen?" De uterus is dus reeds gereponeerd, het pessarium is geen repositie-instrument, zooals volgens Schultze (bl. 165 Lageveränd.) Hodge en Braun het pess. eerst gebruikten, doch kan het pessarium, evenals een breukband een breuk inhoudt, den gereponeerden uterus in den goeden stand houden, ja, wat meer is, kan het zóó werken, dat het de genezing bevordert, zoodat na eenigen tijd zonder pessar. de uterus zijn normale ligging kan behouden? De beantwoording van deze vraag, hetgeen het doel is van dit proefschrift, is in dezen tijd niet zonder beteekenis. Slaat men toch de werken over de behandeling der retroflexie op, zoo leest men daarin veel, zeer veel over de verschillende operatie's, weinig en dikwijls eenzijdig veroordeelend over de pessariumbehandeling. En toch, zonder in een bespreking der operatieve therapie te willen treden, hebben de operatie's dit bijna allen gemeen, dat zij leiden tot een *gefixeerden* uterus.

En een gefixeerde uterus is geen normale uterus, noch in zijn ligging, noch in zijn beweging en de toekomst moet leeren of de uterus zijn functie, d. i. ongestoord en zonder gevaar een zwangerschap en eene baring te doorstaan, niet heeft ingeboet. Behalve deze gevaren van een latere eventueele graviditeit, is het gevaar der operatie's zelve ook niet geheel weg te cijferen en te zeggen, zooals Veit „Die Indicationsstellung für die Behandlung der Retroflexio uteri" in „Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie," 1890, op bl. 60 „die Prognose fast aller Retroflexionsoperationen

ist in Bezug auf die Lebensgefahr eine ausgezeichnete", schijnt mij wel wat erg optimistisch toe.

Door de pessaria ontkomt men aan beide bovengenoemde bezwaren. De uterus blijft beweeglijk, gevaren zijn er bij goede toepassing niet aan verbonden (daarover later meer) en elk oogenblik kan, zoo noodig, het instrument verwijderd worden. Hoofdzaak is dus slechts: beantwoorden de pess. aan hun doel, kunnen zij den uterus gereponeerd houden?

Wij zullen nu eerst de meeningen daarover van verschillende personen nagaan, daarna bespreken de pessaria zelve en de wijze waarop zij werken moeten en ten slotte het toetsen aan ziektegevallen.

A. Daarbij hebben wij twee zaken te onderscheiden: in de eerste plaats de pessarium-therapie als zoodanig; in de tweede plaats of de pessaria de *genezing* helpen bevorderen, zoodat na eenigen tijd het pessarium niet meer behoeft gedragen te worden. — In deze volgorde zullen wij deze vragen bespreken.

a. Bij het nagaan der literatuur vinden wij de mechan. therapie zeer verschillend beoordeeld. Volgens Schultze (Samml. klin. Vortr. 1879 No. 176, bl. 1386) komt dit verschil door deze twee redenen. De eerste is „dass man über die Methoden der Behandlung der Deviationen disputirt, ohne zuvor darüber sich geeinigt zu haben, ob die Deviation als solche der Behandlung bedarf;" de tweede, dat men meende, dat „gleichartige Principien der Behandlung müssten auf die anomalen Vorwärtslagerungen wie auf die Rückwärtslagerungen des

Fundus uteri entweder passen oder nicht passen."

En in 1891 beschrijft Schultze dit verschil in waardeering aldus: (bl. 198, in No. 24 Samml. Klin Vortr.)

„Von den Einen wird der Werth derselben sehr überschätzt; das sind die, die am wenigsten davon verstehen und die durch unrichtige Anwendung gerade am meisten beitragen zur Diskreditirung der Pessarien. Es gibt noch Aerzte, die ohne den uterus zu reponiren, ohne überhaupt die Reposition zu verstehen, ein Pessar unter den retroflektirten Uterus legen.

Von den Anderen wird der Werth des Pess. unterschätzt; das sind die, welche die *Zeit* und die *Mühe* sich nicht genommen haben, den Werth ihres richtigen Gebrauches kennen zu lernen." Dit is kenschetsend. Trouwens een langdurige, tijdroovende, moeilijke pessariumtherapie eischt meer van den gynaecoloog dan een snellere en meer gemakkelijke operatie.

Schultze acht dan ook de Pessariumtherapie van veel gewicht. In No. 176 bl. 1409 (Samml. etc. 1879) zegt hij „Die Rückwärtslagerungen des Fundus waren es, bei denen Sie die *eclatanten* Heilerfolge der *mechan.* Therapie wahrnamen." Hij zegt daarmede „stets vollkommene Erfolge" bereikt te hebben. Zijn meening grondt zich op een statistiek van 237 Retroflexie's van de laatste 6 jaren, dus van 1873—'79. Evenzoo oordeelt Prof. Treub de gevallen van beweeglijke retrofl. zeer geschikt voor Pess. therapie, bl. 354 Leerb. Gyn. „Wanneer er geen groote gevoeligheid v/h bekkenperitoneum bestaat, of in den algemeenen toestand der patiente geen contra-indicatie gelegen was tegen

een dergelijk tatonneeren, en iederen keer beproeven van een nieuw pess., dan heb ik op deze wijze bijna altijd den uterus in anteflexie, of wat het gewoonlijk juist in die gevallen wordt, in anteversie kunnen houden."

Toch vindt men, ook bij gunstige oordeelvelling over de pessariumtherapie, niet altijd de juiste begrippen. Zoo zegt Prochownick, No. 225 Samml. Klin. Vortr. 1883, „Da ist nun ein Grundsatz vor allem festzuhalten, welcher der Leitstern der ganzen Pessartherapie genannt werden kann: Alle diese Instrumente sind *Symptomverbesserer*, mechanische Mitarbeiter einer zu erstrebender Heilung, niemals eigentliches und ausschliessliches Heilmittel allein."

Dit nu zijn de pessaria niet, het zijn *geen* „Symptomverbesserer", doch wel terdege genezen ze het lijden, daargelaten de vraag of zij het radikaal doen. Zij zijn prothesen, evenals een breukband of andere van dien aard.

En waar hij verder zegt: „Ueberall da, wo die Chancen chirurgischer Therapie überhaupt ungünstige sind, oder aber nog lange nicht der Nutzen etwaiger operativer Eingriffe wirklich sicher erwiesen ist, muss allein Pessartherapie oder wenigstens zuvor eine solche stattfinden ehe man zum operiren schreitet," daar zou ik juist dit willen omkeeren. Niet een pessariumtherapie, als men niet kan opereeren of een operatie nutteloos zou zijn, dus operatieve therapie steeds als doel voor oogen hebbend, maar ik zou dàn alleen opereeren willen als pess. ther. het niet kan doen.

Dit neemt echter niet weg dat Prochownick wel

terdege een ruim gebruik van pessaria wil maken. Juist bij Retroflexie (bl. 1663) wil hij pessaria:

„Bei den *Rückwärtslagerungen* jeder Art sind wir vielmehr auf die *Pessarwirkung allein* angewiesen, denn alle übrigen therapeutischen Massnahmen, welche die Ursachen dieser Lageanomalien zu heben bestimmt sind, pflegen uns mehr oder weniger in Stiche zu lassen." Verder wijzende op de resultaten hoopt hij door goede pessariumbehandeling zooveel te verbeteren, „dass wir *nicht* genöthigt sind, auch auf diesem Gebiete chirurgischen Eingriffen, wie sie in jüngster Zeit bereits aufgetaucht und zur Ausführung gelangt sind, das Feld zu räumen."

Dit schreef Prochownick in 1883.

Schauta eveneens acht die gevallen, waarin een beweeglijke retroflexie niet door een pessarium in goeden stand kan gehouden worden „einiger Ausnahmsfälle", en die het zijn, zijn „Retroflexionen mit starren Knickungswinkel." (Schauta, Behandl. Lagev. bl. 112.)

Ten bewijze hiervan moge dienen de statistiek, die Skutsch meedeelt op de 2e Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäk. in Halle, Mai 1888 (bl. 483 Archiv. f. Gyn.). Daaruit blijkt, dat in de kliniek van Schultze in Jena van '84—'88 230 gevallen met Retroflexio uteri zijn behandeld. Bij 25 daarvan was ander genitaal lijden hoofdzaak. Bij de 205 overige kon in 182 gevallen de pess. therapie voldoen en in

15 gevallen eveneens na eenige voorafgaande behandeling, zoodat slechts 8 gevallen ongeschikt waren om met pess. behandeld te worden. Bij de bespreking van de voordracht neemt Fritsch het op voor de pessaria „Er hält es für leichter eine Laparotomie zu machen, als ein gut sitzendes Pessar anzulegen, und tritt voll für die Pessarbehandlung und ihr unzweifelhaften Werth ein, allerdings gehört eine grosse Uebung dazu, die richtige Form des Pessars in jedem Falle zu treffen, und auch ebenso eine längere Beobachtungszeit seiner Wirkung. Er selbst hat Zehn Jahre gebraucht, ehe er die Pessarbehandlung erlernt hat, und hält dieselbe für das Schwierigste in der ganzen Gynäkologie." In gelijken geest lieten Winckel e. a. zich uit. En wanneer deze de pess. therapie moeilijk vinden is het geen wonder, dat anderen daarom de geheele therapie maar willen afschaffen. En toch is dit niet wenschelijk. Immers, tegen deze moeielijkheden wegen ruimschoots op de voordeelen, die de Pess. therapie heeft boven de operatieve. „Nirgends aber belohnt sich die Mühe des Arztes mehr als hier; ohne jede Verstümmelung, ohne jegliche Adhäsionsbildung in der Bauchhöhle gewinnt die Patientin die normale Lage des Uterus wieder (Veit, „Die Indicationsstellung für die Behandlung der Retrofl. uteri." Bl. 59, etc. in Zeitschrift für die Geburtsh. u. Gyn. 1890).

Doch niet alleen in Duitsche werken, ook in Fransche vindt men nu en dan een goede beoordeeling der pess. therapie. Zoo heeft Bouilly een stuk ge-

schreven in „La Gynécolgie 1896" getiteld „Symptomes et traitement des rétrodéviations non compliquées." Daarin schrijft hij, bl. 7 en 8: „Or, au risque de passer pour réactionnaire et de paraître „vieux jeu", je m'élève contre la nécessité des opérations sanglantes dirigées contre les rétrodéviations mobiles de l'utérus et je soutiens qu'on peut obtenir les résultats les plus favorables par l'emploi judicieux des moyens de douceur." En hoewel hij niets wil afdoen van de resultaten van de operaties, zegt hij „mais je *maintiens* l'opinion qu'on peut arriver au même but par des moyens plus simples." Want de operatieve gevallen vereischen operatieve hulp meer door ander lijden, door complicatie dan door de retroflexie zelve, terwijl „les opérations qui réussiront contre les déviations simples, non compliquées, peuvent être, dans l'immense majorité des cas, remplacées par la contention mécanique et la prothèse utérine. Le traitement de choi est réalisé par le pessaire bien choisi et bien appliqué." En hij zegt, bl. 10 „....je suis persuadé que, dans un bon nombre de cas, une mauvaise interprétation de ces faits a conduit à des indications opératoires inutiles." Dit is zeker krachtig genoeg gezegd.

Tegenover deze gunstige oordeelvellingen staan echter andere, die wij nu wenschen na te gaan. Daarbij geven wij het eerst het woord aan Kehrer, Ueber die Ringbehandlung der Rückwärtsneigungen der Gebärmutter bl. 311, etc. in „Beitrage zur Klin. u. experim. Geburtskunde u. Gynäk." Hij zegt: „So gewiss es ist, dass durch ein passendes Pessa-

rium im richtig ausgewählten Falle gute, ja glänzende Heilresultate erzielt werden können: es ist und bleibt ein zweischneidiges Mittel, geschickt zu nützen wie zu schaden — eine Eigenschaft, die es freilich mit anderen, selbst den grössten Mitteln theilt."

„Wer Schablonenmässig bei jeder Retroversion ein Pessar einführen zu müssen glaubt, wird zwar schliesslich auch eine Reihe von Erfolgen erzielen, aber häufig keine Besserung oder gar Verschlimmerung des Zustandes bewirken. Auch hier kommt Alles auf das Individualisiren an, diese Kunst ist aber nur das Ergebniss einer reichen Erfahrung."

Wanneer Kehrer nu werkelijk niets meer ten nadeele van de pess. therapie weet te vertellen kan het nog wel gaan. Het is dan trouwens ook meer een beschuldiging aan het adres der medici. Welk middel in 't algemeen, welk geneesmiddel zal, klakkeloos toegepast, niet kunnen schaden! En wanneer mag men ooit „schablonenmässig" handelen? De eerste eisch in de geneeskunde is toch juist individualiseeren, men moet toch *zieken*, en niet *ziekten* behandelen.

Zwaarder is de beschuldiging van José Godinho „Sur les traitements des rétrodéviations utérines" in „La Gyn." 1896 bl. 555, waar het heet: „Le pessaire n'a pas une action directe sur les lésions, il agit plutôt comme palliatif. Il est vrai qu'on guérit quelquefois ces affections par la simple application des pessaires, mais il faut avouer aussi que ces cas sont *rares*."

Dit is juist het omgekeerde van hetgeen Schauta beweert, zooals wij boven schreven, volgens wien

juist de gevallen zeldzaam zijn, die niet door pess. kunnen geholpen worden. Of verwart soms Godinho de complic. weer met de gewone retroflexie? Bovendien zegt Godinho verdragen de meeste vrouwen de pess. niet goed en ondanks de meeste asept. voorzorgsmaatregelen zou er toch irritatie en onverdraaglijke pijn zijn. Wanneer wij de praktische resultaten van anderen nagaan, schijnt het mij toe, dat Godinho wel wat ongelukkig in zijn ziektegevallen is geweest, want juist bij de meesten hinderen de pess., zelfs bij onreinheid, somtijds weinig, zooals wij later zullen zien en de meeste vrouwen weten spoedig niet meer, dat zij een pess. dragen.

Bij velen schijnt mij echter de ongunstige beoordeeling der pessaria geweten te moeten worden aan een niet juiste onderscheiding. Wanneer wij b. v. in de Annales de Gynécol. et d'obstétrique, 1896 bl. 438 etc. een stuk van Doléris nagaan, getiteld „Traitement des rétrodéviations utérines," zoo vinden wij daar het volgende: Hij verdeelt de retrodeviatie's in verschillende soorten. Behalve die gecompliceerd zijn noemt hij die door „faiblesse native ou acquise" gekomen zijn. Van de eerste zegt hij: „J'ai observé dans ces cas, l'échec habituel des pessaires." De meest voorkomende zijn degene die hebben een „origine traumatique." En daaronder zijn de „traumatismes obstétricaux" de voornaamste. In zijn verdere beschrijving is het mij niet duidelijk geworden of hij daarbij de vroeger beschreven, meest voorkomende oorzaken tijdens het puerperium goed onderscheidt.

Wellicht dat daarop ook zijn volgend oordeel berust. Na een verdeeling in „récentes" en „invétérées" gemaakt te hebben en gezegd te hebben, dat de eerste door pess. kunnen geholpen worden, laat hij toch als zijne meening daarop volgen „mais après expérience faite pour chaque cas de l'emploi de ces moyens.... la gynécologique opératoire doit nécessairement intervenir."

In deze ondervinding van ten slotte toch tot operatie *genoodzaakt* te worden, staat hij zeker tegenover de vroeger genoemden. Daarop gaat hij de verschillende operaties bespreken, om te eindigen met de opmerking, dat deze verwezenlijken „l'idéal thérapeutique" : réstitution des organes en l'état normal". Dit nu is niet waar. Elke fixatie van den uterus maakt dezen abnormaal, zooals wij reeds vroeger schreven.

Daarom is het noodzakelijk duidelijk de indicatie te stellen, in welke gevallen *wel*, en in welke gevallen *niet* pess. therapie moet toegepast worden. Hierop komen wij straks terug.

B. Eerst wenschen wij te zien of de pessaria zóó de genezing helpen bevorderen, dat na eenigen tijd het pess. kan weggelaten worden zonder dat de uterus weer in retroflexie valt. Ook over deze vraag zijn de meeningen niet eensluidend. Zoo heeft Prof. Treub de ervaring, dat „wanneer men na een half of heel jaar den ring verwijdert, nagenoeg altijd de retroflexie terug komt. Wel kan zij een tijd lang symptoomloos blijven en, aangezien deze tijd soms lang is, kan men in elk geval het beproeven. Meestal echter komen de klachten spoedig, soms onmiddellijk terug."

Anderen hebben een veel gunstiger ervaring.

Zoo heeft Schultze een veel gunstiger oordeel in 1891 dan in 1879 en 1881. Zoo zegt hij 1881 in „Lagever. etc." § 161, en in 1879 in „Samml. klin Vortr." No. 176 bl. 1406, dat men twee soorten moet onderscheiden, de eerste waarbij „der Musc. Retractor uteri gänzlich verloren gegangen und die Elasticität der Dougl. Falten vollständig erschöpft ist;" bij deze gevallen zal de functie van deze banden niet weer terug komen en kan alleen klimact. en atrophie der genit. de retrofl. wellicht symptoomloos maken. Wanneer dit echter nog niet het geval is (en dit is de tweede soort) zoo „wird durch dauernde Reposition des Uterus mittelst Pessar eine Situation gegeben, die für seine (n.l. M. retractor uteri) Erstärkung günstige Bedingungen bietet, weil passive Dehnung ausbleibt und seine Insertionpunkte dauernd einander nahe gehalten werden." Wanneer nog bovendien andere therap. daarbij helpt, acht Schultze „nach längerer oder kürzerer Zeit, wenn das Pessar entfernt wird, der Uterus wieder im Stande ist, auch ohne die mechanische Stütze den wechselnden Füllungen der Nachbarorgane gegenüber seine normale Stellung zu behaupten." En Schultze zag het soms reeds „nach einigen Monaten."

En in 1891 heet het ... „dass der Uterus in überaus vielen Fällen auch ohne Pessar nun in normaler Lage bleibt."

Prochownick maant echter tot groote voorzichtigheid in het oordeelvellen over de duurzame genezing. En vooral met het oog op den tijd is het noodig niet

te veel goeds te voorspellen. Zal het 8—12 maanden meestal duren eer er sprake van kan zijn, het is het beste „auf mindesten das Doppelte zu rechnen, ehe thatsächlige Heilung auch mit Zuhilfenahme sonstiger therapeutischer Maassnahmen erreicht is."

Wat nu het aantal genezingen betreft: Bouilly (bl. 14 zie boven) heeft de volgende statistiek:

„Aujourd' hui (Févr. '96) sur 130 cas je compte 105 succès définitifs, c'est-à-dire la disparition de tous les troubles attribués à la rétrodéviation et le maintien de l'utérus en bonne attitude après le retrait du pessaire; 12 insuccès chez les femmes hystériques où le pessaire ne put être toléré ou n'amena pas d'amélioration; 13 cas où la disparation des accidents est obtenu; mais dans lesquels l'instrument ne peut être retiré sans que l'utérus ait une tendance fatale à se remettre en rétrodéviation."

En Veit, bl. 60, „Die Indicat. etc." zegt:

„Wenn man nur diejenigen Fällen in der Statistik der Retroflexionen berücksichtigt, welche von vornherein wenigstens die Möglichkeit darbieten, auf diesem Wege geheilt zu werden, so kann man wohl darauf rechnen, *mehr als die Hälfte* aller Fälle durch Jahre mit normal liegendem Uterus nach der Entfernung des Pessars zu beobachten."

Maar al moge dan ook het pessarium, evenals een breukband, bij sommigen ot wel bij velen steeds gedragen moeten worden, toch schijnt dit niet zoo ver-

schrikkelijk te zijn „Kranke, die Jahrelang Retroflexion hatten, sind übrigens so froh, die durch die Retroflexion früher bedingt gewesen Beschwerden los zu sein, dass sie den Versuch das Pessar weg zu lassen oft ablehnen." (Schultze, „Samml. Klin. Vortr.", No. 176, bl. 1407.)

Ja, sommigen weigeren, uit vrees voor de stoornissen der retrofl., beslist het weglaten van het pessarium; en, zegt Bouilly „je connais plusieurs malades qui en sont munies depuis plusieurs années et qui certainement pourraient et devraient, sans inconvénient aucun en être débarassées depuis longtemps. C'est dire que non seulement ce pessaire soulage et guérit, mais que par lui-même il ne cause aucune gêne. Les femmes n'ont pas *conscience* de sa présence; les rapports conjugaux sont faciles et normaux et cet hôte vaginal peut rester indéfinement ignoré!"

Ja, volgens Fritsch (17de Congres, Deutscher Ges. f. Gyn. 1897), kunnen vrouwen uit de arbeidende klasse met de pess. uitstekend werken, zonder last er van te hebben.

Uit het bovenstaande blijkt, dat moge al in sommige, volgens andere in vele gevallen geen radicale genezing zijn te verwachten, toch de meesten hierin overeenstemmen, dat de pessaria in de daarvoor eenigszins geschikte gevallen, uitnemende resultaten kunnen opleveren, en meestal zóó weinig de patienten hinderen, dat operatieve therapie onnoodig en daarom niet wenschelijk is, als men de vroeger opgenoemde redenen zich herinnert. In *welke* gevallen zijn nu de pessaria aangewezen? Hoewel daarbij in de patienten zelf

contra-indicaties kunnen zijn gelegen en dus nooit deze algemeene regelen zonder uitzonderingen zullen zijn, meen ik, dat de pessarium-therapie kan toegepast, in elk geval ernstig beproefd kan worden bij:

1o. de beweeglijke retroflexio uteri, zonder complicatie's, dus de *meest* voorkomende, die in het puerperium ontstaan is. Meestal zal dit zijn bij vrouwen tusschen 20—40 jaar. Daarbij zal men (zie VEIT „Indication etc.") zoo vroeg mogelijk een pess. appliceeren; VEIT doet het met 8—10de week na de verlossing. Prof. TREUB doet het wanneer er hinderlijke verschijnselen zijn, met name bloeding, reeds in de 2de week van het puerperium.

2o. Bij die gevallen na het climacterium, die hulp vereischen.

3o. Bij sommige gevallen bij kinderen en virgines, die behandeling vereischen, hoewel „nur ganz ausnahmsweise die Retroflexionen bei jugendlichen und virginellen Individuen behandelt werden sollten. (VEIT.)

In deze 3 gevallen acht VEIT steeds nog het doel „Radicalheilung" te verkrijgen. Doch ook bij reeds oude retrofl., waarbij daaromtrent geen hoop meer bestaat, acht hij voortdurende pess. therapie gewenscht.

B. Hoe beantwoorden pessaria nu aan hun doel, welke eischen zijn aan de pessaria te stellen? Wat is er bij de pess. therapie nog in acht te nemen, opdat deze niet schade?

De pessaria, zooals wij die tegenwoordig gebruiken, zijn nog zoolang niet bekend. Zoo lezen wij in Busch „Das Geslechtsleben des Weibes", 1841, bl. 515: „Die Einbringung eines Schwammes in die Mutterscheide ist zu diesem Endzwecke (n.l. als therapie tegen Retroflexio uteri) vielfach empfohlen worden ; wir halten jedoch hier die runden, in der Mitte mit einer Oeffnung versehenen Pessarien welche den Mutterhals kräftig in der normalen Lage zu halten vermögen und zugleich das Herabsinken des Fundus uteri verhinderen, für zweckmässiger. Moreau hat hierzu ein eigenes, hinten hohes Pessarium angegeben."

Daaruit blijkt, dat hem nog niet onze pess. bekend waren, want Busch handelt daar over de therapie van Retroflexie en niet van Prolapsus.

Tien jaar later echter gebruikte Hodge reeds zijn pessarium (bl. 273 van „Clinical notes of Uterine Surgery, bij J. Marion Sims, 1866).

Oorspronkelijk was zijn pessarium open U-vormig, later gesloten. Het pessarium, dat tegenwoordig gebruikt wordt en nog wel naar Hodge genoemd wordt, is een modificatie van dat van Hodge door Albert Smith en behoort zijn naam te dragen. Zoo zegt Mundé op bl. 498 en 499 van „Clinical Gynaecology, medical and surgical by American teachers" 1895, I, over deze pessar: „The cardinal principle upon which pessaries for retrodisplacements of the uterus are constructed is that of leverage, first introduced by Dr. Hugh. L. Hodge, of Philadelphia. Before his time pessaries were nothing but crude, often exceedingly complicated and more

or less dangerous, contrivances, mostly indeed to act by distention of the vagina and their bulk. Dr. HODGE's instrument, however, acts on the easily understandable principle of the pushing down of a short anterior lever and the consequent tilting upward of a long posterior lever. All the pessaries which are now used in retrodisplacements, with a few unpractical exceptions, are based on this idea, which has undergone many variations at the hands of different gynaecologists. The first instrument devised by HODGE was of equal width at both its lower and upper extremities and had only one longitudinal curve; later on two curves were added, and Dr. ALBERT H. SMITH made a still further modification by narrowing and pointing the lower extremity in order to enable it to rest under the symphisis pubis. This last innovation has proved a permanent one, and nearly all pessaries for backward displacement are now constructed after this plan."

A. In de eerste plaats zullen wij nagaan welke eischen aan een pess. zijn te stellen.

a. Vorm.

Wat den vorm aangaat, sommigen willen voor elk gegeven geval een pessarium vormen uit gemakkelijk vervormbaar materiaal, omdat zoo alleen volgens hun oordeel een, voor dat bijzondere geval geschikt, pess. is te verkrijgen. Anderen daarentegen willen uit een reeks van opvolgende grootten een keuze doen, om aldus het geschikte, het passende te vinden. De

eersten zeggen, dat dit niet gaat, ook niet bij een grooten voorraad pess., bij een ruime keuze. Tegen hun wijze van doen kan echter terecht opgemerkt worden, dat om een pess. te vormen voor elk bijzonder geval, zulk een kennis, handigheid, ervaring wordt vereischt, dat menigmaal door verkeerde kromming er aan te geven meer kwaad dan goed gedaan wordt, zelfs door „beschäftigten Gynäkologen" (Veit). Trouwens met elke kleine afwijking van vagina en uterus rekening te houden, gaat toch niet en meestal zal het verschil alleen in de grootte en buiging gelegen zijn, zoodat door een grooter of kleiner No. te nemen dit kan weggenomen worden. Daarom acht ik het wenschelijk vaste vormen te nemen en door een ruime keuze een goede contrôle, zoowel van patient als geneesheer, te zorgen, dat het meest geschikte pess. wordt verkregen.

Een der grootste voorstanders steeds zelf de pessaria te vormen is zeker Schultze. Schultze gebruikt 2 vormen: 1o den S-vorm en 2o het „Schlittenpessar."

1o. De S-vorm. Deze gebruikt hij het meest. De eene ring van de S is kleiner dan de andere. Hij gebruikt hen daar „wo die Vagina nicht zu schlaff und der Beckenboden annäherend normal resistent ist" (Schultze, „Lageveränd." bl. 154).

De werking is aldus: „Der kleinere Ring des Pessars umfängt die Vaginalportion. An der Kreuzungsstelle ist der Widerstand gelegen, durch welchen die Vaginalportion abgehalten wird, zu weit nach vorn zu treten, durch welchen sie genöthigt wird, ihre

hintere Stellung im Becken, nachdem sie dieselbe verlassen hatte, wieder einzunehmen." Het aangrijpingspunt is dus de port. vagin. en door deze te dwingen naar achteren te staan, wordt de uterus gedwongen naar voren te blijven. De werking is dus anders dan bij de straks te beschrijven pessaria.

Volgens Schultze kunnen nu wel port. vag. en uteri *met* pess. verplaatst worden door de gewone bewegingen, van de vulling van blaas en rectum afhankelijk, doch de port. vag. kan niet afzonderlijk naar voren gaan en ook de uterus kan niet retroflecteeren. Soms is het daar echter noodig eerst wat grooter pess. te gebruiken, om „dem cervix eine viel höhere und viel weiter rückwärts im Becken gelegene Stellung" te geven, om daarna tot het eigenlijk noodige pess. te komen.

Wanneer dit het passende, het geschikte pess. is, zoo moet port. vag. in den kleinen ring blijven staan, ook bij vulling van blaas en rectum. Is dit niet het geval, is de port. vag. buiten het pess. of rijdt zij met het ost. ext. op het pess. zoo is dit te groot of te klein of de kromming moet anders zijn, en ook, al ligt het corpus uteri daarbij in anteflexie, moet toch van pess. verwisseld worden.

Nu is het de vraag, hoe verdraagt de voorwand van de port. vag., het aangrijpingspunt van de kracht, deze voortdurende drukking van het pess.? Deze knikkingsplaats is toch bij de repositie een hoek van minstens 180° gedraaid. Zal daar niet licht bij dit weefsel druknecrose ontstaan, eerder althans dan bij

het lossere weefsel van het laquear post., waar de andere pess. aangrijpen?

Voorts is in het boven opgeschrevene nog een bezwaar. De uterus kan nog in anteflexie zijn en toch op de plaats van kruising v. h. pess. kan de port. vag. met het ost. ext. rijden, waardoor het gevoelige slijmvlies gemakkelijk kan gelaedeerd worden. Dit geschiedt niet bij de andere.

Als nu de plaats van knikking, de „scharnier", zeer los is, kan de port. vag. in den kleinen ring van de S blijven staan en het corpus uteri toch in retroflexie vallen. Dan zal de achterwand v. d. port. vag. sterk gedrukt, en de voorwand sterk gerekt worden.

Wanneer bij de andere pess. de uterus in retroflexie valt, geschiedt dit niet. Naar het mij toeschijnt is dus meer gevaar voor laesie bij het S-vormige pess. Het is ook niet zoo gemakkelijk in te brengen en juist, wat het boven de andere voor zou hebben, n. l. betere werking, is nog zoo zeker niet. Immers Schultze „Lagev." bl. 156, zegt zelf, dat „immer wieder das Corpus uteri sich scharf nach hinten umknickt," en volgens Prof. Treub (Leerb. G. bl. 354) is het voor de (laatstbedoelde) lastige gevallen ten eenemale onvoldoende en voor gemakkelijke gevallen te lastig te appliceeren." En in de gemakkelijke gevallen erkent Schultze, dat ook het straks te beschrijven pess. kan helpen, zoodat er daarom geen reden bestaat aan het S-vormige de voorkeur te geven. Schultze, bl. 165, „Lagever." zegt zelf: „Hodge's Pessar hält in der That in manchen Fällen den zuvor reponirten Uterus in seiner normalen

Lage." In de moeilijke gevallen neemt SCHULTZE:
2o. het „Schlittenförmige Pessar." Dit gelijkt op een elliptisch pessar., waarbij de eene kleine helft geheel is omgebogen tot wel een hoek van 140o. Dit heeft echter in nog veel hooger mate de nadeelen van het 8-vormige pess., reeds boven opgenoemd. Ja, (bl. 163) SCHULTZE zegt, dat het „nicht nur die Weichtheile, sondern zum Theil auch die hinter denselben liegenden Skelettheile als Stütze in Anspruch nimmt." Juist dit laatste is, meen ik, reeds voldoende om dit pessarium onvoorwaardelijk af te keuren.

Toch is SCHULTZE in 1891 (Samml. Kl. V. No. 24 bl. 199) nog de meening toegedaan, dat de port. vag. aangrijpingspunt moet zijn. „Jede erfolgreiche Pessarwirkung durch Unterstützung des Cervix ist also besser als Ausdehnung des hinteren Scheidengewölbes und der über demselben gelegenen Peritonäalfalten."

Met deze meening van SCHULTZE aangaande het 8-v. pess. en het „Schlittenpess." zijn niet allen het eens.

PROCHOWNICK, (Samml. Kl. Vortr. No. 225 bl. 1638 enz.) heeft de ten deele reeds genoemde bezwaren. Hij erkent, dat bij „ältere, länger bestehende Lageanomalien nach hinten," bij kortheid en pijnlijkheid van het laquear, bij abnormale slapheid aan het 8-v. soms de voorkeur moet gegeven worden, doch dat het pess. soms bij groote slapheid dan „mehr am Becken, an den absteigenden Schambeinästen seine Stütze" zou moeten vinden en aldus moeten werken „kan ich nicht für richtig anerkennen." Dit is trouwens duidelijk genoeg, zooals reeds boven gezegd werd.

Wij schreven reeds, dat het beter resultaat van het S-v. pess. dan dat der andere nog niet zoo zeker was. Prochownick laat zich veel sterker uit. Hij zegt: „Es ist mir allen Mühen zum Trotz mit Schultze'schen Achttormen bei schlaffen Beckenboden *nicht* gelungen den Halt eines reponirten Uterus zu erreichen," want òf het pess. houdt den uter. niet gereponeerd, òf het pess. moet zoo groot gekozen worden, dat het „gegen die Knochen andrückt, dan macht es in Kürze intensive Schmerzen und Reizerscheinungen", m. a. w. het lichaam zegt zelf, dat deze manier van doen verkeerd is. En dit is nu, zegt Proch. niet alleen mijne meening, doch „in diesen Erfahrungen stimmen viele mit der Schultze'schen Pessar. ganz vertrauten Collegen mit mir überein."

En wat het „Schlittenpessar" betreft, hetwelk Prochownick „ein Schritt zur Hodge'schen Grundform zurück" noemt, ook dit is niet in staat bij de moeilijke gevallen volkomen te helpen. En daarom, al acht hij „die Schultze'sche Pessarformen" als „geistvolle und oft mit Nutzen verwendbare Neuerungen und Verbesserungen", bij de retrofl., die de meeste stoornis geven, „sind auch sie nutzlos."

Dit oordeel sluit zich volkomen aan bij het reeds vroeger uitgesprokene: „bij gemakkelijke gevallen te moeilijk te appliceeren, bij de lastige ten eenenmale onvoldoende." Ja zelfs bij de schijnbaar meest gunstige gevallen wordt toch, volgens Prochownick, in $^1/_3$ van de gevallen het S-vormige Pess. niet verdragen, maar de patienten reageeren zoo „mit Schmerz und

Reizerscheinungen", dat men weer tot het andere (Smith) moet terug keeren.

Tegenover hen, die steeds zelf den vorm aan het pessar. geven, staan zij, die vaste vormen gebruiken. Daarvan worden in hoofdzaak twee vormen gebruikt.

1. Het pessarium van Smith (Hodge). Dit instrument is over de lengte S-vormig gebogen, waarbij het eene einde iets breeder en tevens sterker gebogen is dan het andere. Het pess. is een gesloten „ellips" en niet zooals vroeger (Schroeder, bl. 170) open.

2. Het Thomas-pess. Dit verschilt van dat van Smith, dat hierbij de achterste beugel een bijna rechten hoek maakt met het middenstuk en tevens veel dikker is dan de rest van het instrument. De onderste punt was daarbij zeer smal en sterk naar beneden omgebogen. Dit heeft prof. Treub laten veranderen. „Aangezien dit smalle einde dikwijls eenigen hinder en nooit voordeel gaf, heb ik mij Thomas-pess. laten maken, waarvan het vooreinde geheel gelijk is aan dat van het Smith-pess." (bl. 352, Leerb. G.)

Bij deze beide pess. is het aangrijpingspunt het laquear poster.. Dit wordt gespannen door den achtersten beugel. Daardoor wordt de achterste vaginaalwand en daardoor tevens de portio vaginalis naar achter getrokken en zoo wordt verhinderd „het basculeeren van den uterus met het lichaam naar achter en de portio naar voren. „De sterker gebogen achterste

beugel van het Thomas-pess. zal dit nog kunnen doen, waar de ring van Smith in den steek laat." (Treub. Leerb. G. bl. 353).

Op deze manier trachten wij dus het pess. plaatsvervanger te doen zijn van de verslapte Plicae Dougl. De werking is dus geheel anders, dan bij de pess. van Schultze. Naar het mij toeschijnt hebben deze de bezwaren v. d. Schultze'sche-pess. — reeds vroeger genoemd — niet en verdienen daarom de voorkeur. Want volgens het oordeel van velen voldoen zij in de gewone gevallen even goed en bij de moeilijke gevallen, zagen wij, kunnen die van Schultze ook niet voldoen.

Zoo zegt Schroeder (Handbuch etc., bl. 170) over het gereponeerd houden van den uterus: „Nach meiner Erfahrung erreicht man dies am sichersten und bequemsten durch den Gebrauch der von Hodge erfundene und in Deutschland besonders von G. Braun, E. Martin und Spiegelberg empfohlenen Hebelpess."

En volgens zijn oordeel „genügt diese Art der Therapie so gut wie ausnahmlos, wenn der Uterus frei beweglich ist, und leistet *ebensoviel*, als die von Schultze empfohlenen, achterförmige Pess." Gaat het niet, dan „empfiehlt Olshausen für solche (n. l. moeilijke) Fälle dringend das Thomas'sche Pessar."

Dit doet ook Schauta (bl. 10). Niet om het Smith-pess. te vervangen of te verdringen „jedes dieser Pess. wird vielmehr seine bestimmten Indicationen haben." „Bei besonders starke Dehnung des hinteren Scheidesgewölbes wird das Thomas-pessar an seinem Platze sein."

En als het Thomas-pess. ook niet meer helpen kan,

is er niet veel aan te doen. Dan neemt CARPENTER zijn toevlucht tot operatieve therapie. „When I cannot use one of these three forms (SMITH, EMMET, THOMAS), I resort to surgical means" (A. C. CARPENTER, „Mechanic and Surgical Methods of treating retrodisplacements of the uterus" in The American Journal of Obst. and Diseases of Women and Children, 1894).

Wij zullen dus steeds met het SMITH-pess. beginnen. Zoo ook BOUILLY, bl. 10, die, eenigszins gewijzigd, het uitstekend acht „Grâce au port de cet instrument, l'utérus se maintient en anteversion," terwijl hij de gevallen, waarin het SMITH-pess. is gecontraindiceerd, noemt „cas exceptionels." Eerst daarna beproeven wij het THOMAS-pess. Wanneer de aanwending op moeilijkheden stuit, zooals dit soms geschiedt, zoo kan men beproeven „wat een eenvoudige ronde ring van hard caoutchouc doet. Waar de verschijnselen berusten op drukking op het rectum en vooral op den plexus sacralis, zullen deze daardoor dikwijls tot verdwijnen gebracht worden." (TREUB, bl. 355).

In den laatsten tijd zijn door sommigen modificatie's van het SMITH-pess. beschreven of wel meer daarvan afwijkende. Zoo heeft BOURCART te Genève (bl. 131 „Annales de Gynécol. et d'obstétr." 1895) een pessarium beschreven met „une forme en berceau." De achterste beugel is niet gesloten, maar de takken loopen elk in een gesloten, naar bovenstaanden ring uit. De veerende kracht van deze zijtakken zou den steun moeten leveren.

Echter geldt van deze modif., zoowel als van de

„nieuwe" hetgeen Prochownnick zegt: „Kaum ein derselben giebt es, die sich nicht durch richtige Handhabung und Anpassung der physikalisch so einfachen genitalen Urform Hodge's ersetzen liesse." En: „ich halte die Mehrzahl derselben für entbehrlich, einzelne sind sogar entschieden physikalisch und anatomisch verfehlt."

Zoo nu en dan worden dan ook de slechte gevolgen van dit laatste openbaar.

Fr. L. Neugebauer heeft in „Sammlung klinischer Vorträge" No. 198, 1897, een „Sündenregister der Scheidenpessarien" gegeven, *niet* om daarmee onze pessaria te veroordeelen, maar om aan te toonen hoeveel kwaad teweeggebracht kan worden door het gebruik van ondoelmatige pessaria en welke nadeelen verwaarloozing en onvoldoende reiniging kunnen veroorzaken. Integendeel, hij wenscht juist, dat bij het onderwijs de „kleine Gynaecologie," waarbij hij de pessariumtherapie rekent te behooren, voldoende tot haar recht kome, omdat dit voor den praktischen arts van zooveel belang is. Neugebauer beschrijft 117 gevallen, terwijl hij reeds vroeger 247 gevallen vermeld heeft, zoodat te zamen 364 gevallen door hem zijn behandeld. Daaronder komen o.a. voor:

37 gev. van recto-vaginaal fistel.

42 gev. van vesico-vaginaal fistel.

13 gev. van perforatie van blaas en rectum.

Voorts perforatie's van 't cavum Douglasii, de ureteren, de urethra, den dunnen darm, ja een enkele maal dood door peritonitis door sepsis ontstaan bij patienten, die nimmer hun pess. verwijderden of reinigden.

Bij voldoende reiniging en opmerkzaamheid van de zijde van de patiente komen deze laesie's niet voor, wanneer men n.l. doelmatige pessariumvormen gebruikt. Onder de 364 gevallen van NEUGEBAUER komen verscheidene voor, waarbij het pess. van ZWANCK-SCHILLING gebruikt werd. Dit is zeer ondoelmatig.

VEIT (bl. 325) beschrijft nog eens de groote nadeelen, aan het gebruik van dit pessarium verbonden en met een uitgebreide statistiek bewijst hij het geschrevene. Nu zullen er dan ook wel weinigen meer gevonden worden, die dit pess. gebruiken.

Eveneens worden niet meer aangewend de pessaria met een intrauterine gedeelte. Zij behooren alleen geschiedkundige waarde te bezitten. SCHULTZE zeide dan ook reeds in 1879 (Samml. klin. Vortr. No. 176) „Ich glaube die Zeit ist nicht mehr fern, wo meine vor 7 Jahren ausgesprochene Hoffnung, dieselben auf die *historischen* Sammlungen beschränkt zu sehen, in Erfüllung geht."

Zij zijn dan ook onvoorwaardelijk en overal af te keuren (TREUB bl. 340). Zij bestaan n.l. uit eenvoudige solide stiften, die aan het ondereinde een horizontaal of verticaal plaatje dragen of wel zij hebben een andere inrichting, waardoor hun in de baarmoeder gelegen gedeelte breeder gemaakt kan worden, waardoor het instrument meer houvast heeft. En nu is het nadeel van deze intrauterine pess., dat zij drukken op een bepaald gedeelte van den uteruswand en daardoor drukatrophie veroorzaken. Ten slotte kan dit leiden tot perforatie v. d. uteruswand en peritonitis

òf diffuus en doodelijk afloopend òf circumscript. En mogen de niet van vorm veranderende dit al niet doen, zoo helpen deze niet, omdat zij worden uitgestooten. (Treub).

b Stof. De stof, waaruit pess. gemaakt worden, is verschillend geweest. Schultze en zij, die telkens het pess. willen vormen, hebben noodig materiaal, dat licht vervormbaar is. Daarom namen zij buigbaar metaal, met week caoutchouc bekleed. Deze pess. geven snel aanleiding tot kolpitis en tot een hoogst onaangenaam stinkende uitvloeiing uit de vagina en zijn daarom af te keuren. In 1891 is Schultze dan ook geen voorstander van deze ringen meer. Nu kon men echter deze ringen eerst gebruiken om den juisten vorm te verkrijgen en daarna een ring namaken uit hard caoutchouc. Ook aluminium is daarvoor gebruikt, doch het roest gemakkelijk en geeft tot vermeerderde afscheiding aanleiding. Nu is dit ook niet meer noodig. Het hard-caoutchouc-pess. kan door in kokend water gelegd te worden vervormd worden, zoodat ook Schultze e. a. deze direct kunnen gebruiken. Naast het hard-caoutchouc gebruiken zij ook celluloid; het gewone model van deze celluloidringen is erg dun en dan drukken zij te veel in het vaginaal-slijmvlies, doch men kan ze even goed dikker maken, waardoor dan dit bezwaar vervalt.

De pess. van Smith en Thomas worden meestal van hard caoutch. of wel van celluloid gemaakt. Deze beide stoffen worden tegenwoordig wel uitsluitend gebruikt.

Zij voldoen toch aan alle eischen, die men stellen kan, en zij zijn het minst irriteerend voor het vaginaalslijmvlies en het gemakkelijkst te reinigen.

c. Grootte

De gewenschte grootte van een pess. voor een gegeven geval is moeilijk vooruit te bepalen. Daarop hebben verschillende factoren invloed. In de eerste plaats de lengte van de vagina; deze oefent invloed uit op de lengte van het pess. In de tweede plaats volgens Prochownick de „seitliche Dehnfähigkeit der Scheide," die over de breedte van het pess. beslist. Daarbij blijven echter toch nog kleine veranderingen in de kromming der beugels, dikte van de beugels, enz. gewenscht, om stoornissen van individueelen aard te voorkomen. Daardoor zegt Schauta: „führen theoretische Auseinandersetzungen nicht zum Ziele" en is „das beste Mittel im einzelner Falle immer das Probiren."

Men heeft dus een grooten voorraad van pess. en uit deze zoekt men een uit. De gewenschte grootte heeft men bij 't onderzoek geschat, wat niet zoo moeilijk is (Treub bl. 352) en men wendt nu deze aan. Nu kan het pess. te groot, te klein of juist goed zijn. Is het te groot dan veroorzaakt het pijn. Is het te klein dan valt het uit de vagina of de uterus valt over den achtersten beugel heen in retroflexie. Geschiedt dit, wat ook kan gebeuren, bij een groot pess. dan moet men een van anderen vorm nemen, dus na het Smith-, het Thomas-pess.

Is het goed, dan zegt Schauta (bl. 11) moet het „nicht nur den Uterus in normaler Stellung dauernd

erhalten, sondern auch die Patientin in keiner Weise belästigen. Das Pessar darf nicht drücken, nicht schmerzen; nach 24 Stunden soll die Patientin überhaupt nicht mehr das Gefühl haben, als ob ein fremder Körper in ihrer Scheide sässe."

d. Gewicht.

Het gewicht van een pessarium moet bij voldoende stevigheid zoo gering mogelijk zijn. De holle winnen het daarbij van de compacte. Prochownick geeft (bl. 1653) een vergelijkende gewichtstabel. Daarbij komt het Smith-pess. ook voordeelig uit. Bij een diameter van 5 cM. wegen de holle hardgummi 4—7 gram, de compacte hardgummi 8 gram. Bij een diameter van 9 cM. wegen de holle hardgummi 14 gram, de compacte hardgummi 18 gram.

De holle ringen worden, terwijl zij in de vagina liggen, gevuld met gassen uit de vagina. Men zij hierop bedacht. Breken deze ringen toch, dan verspreiden deze gassen een zeer onaangenamen stank.

B. Een tweede vraag was, hoe beantwoorden pess. aan hun doel, hoe werken zij en hoe blijven zij liggen?

Reeds vroeger is gezegd, dat bij de Schultze'sche pess. het aangrijpingspunt van de kracht gelegen is in den voorwand van de port. vaginalis en dat zij door directen druk deze port. vagin. naar achteren houden. Bij het Smith- en Thomas-pess. wordt door spanning van het laquear post. de port. vag. naar achteren getrokken.

Waardoor blijft nu het pess. liggen, hoe vindt het zelf steun?

Prochownick heeft daarover uitvoering geschreven (bl. 1622 etc. Samml. klin. Vortr. No. 225, 1883). Hij gaat daarbij na, wat zooal „in Frage kommen kan." Hij noemt:

„1. die Knochen des Beckens"

„2. die Muskulatur desselben, insonderheit des Beckenbodens"

„3. die organische Muskulatur und elastische Gewebe der Scheidenwandung."

„4. das Beckenbindegewebe überhaupt"

„5. die Vaginalportion des Uterus"

„6. die Elasticität des Pessares"

„7. die Schwere desselben."

Wat nu No. 1 betreft: het is duidelijk, dat „Kein Pess. darf irgend einem Knochen des Beckens einen Halt- oder Stützpunkt finden."

Even duidelijk vind ik, dat No. 7, het gewicht van het pess., nooit tot steun van het pess. kan dienen en dat de pess. zoo licht mogelijk moeten zijn. Daarom had Proch. dezen factor wel achterwege kunnen laten.

Wat No. 6 betreft: de Elasticiteit der pess.; dit mag geen factor zijn, aangezien een veêrende kracht van het pess. veel te sterk den vag. wand zou prikkelen, ja langzaam tot druknecrose zou kunnen leiden. Daarom zegt Proch.: „wir wünschen jedoch nicht, dass ein einmal eingelegtes Pessar, etwa wie eine Feder, noch allmählig weiter auszudehnen bestrebt sein soll. Es bedarf also ein solches Instrumenten

keinerlei Dehnfähigkeit und keiner ihm innewohnenden weiter wirkenden Elasticitätsbestrebung."

Aan No. 5, de portio vaginalis, wil Proch. nog eenige waarde toekennen en wel bij de Schultze'sche pess. Van hen zegt hij „dieselben finden am Scheidentheil zugleich einen gewissen Halt, derselbe kann jedoch in seinem Werthe nur *etwa* demjenigen der Schliess muskulatur an die Seite gestellt werden: die Portio vaginalis bietet solchen Instrumenten eine gewisse Sicherheit gegen das Herausgedrängtwerden, sie vermag wohl auch einen einzelnen Abschnitt eines Pessars im Scheidengewölbes zu fixiren, eine eigentliche Stütze und Gewissheit für gleichmässige, sichere Lagerung gewährt sie nicht." Ik zou meenen niet „etwa", ook niet „eine gewisse Sicherheit," of een „einzelne Abschnitt", maar de port. vag. geeft in 't geheel geen steun en kan dit niet doen om de eenvoudige reden, dat de Schultze'sche pess. bedoelen juist door druk op de portio vag. te werken. De port. vag. is daarbij dus aangrijpingspunt van de kracht en kan dan onmogelijk tevens het andere uiteinde van de kracht zijn.

Er blijven No. 2, 3 en 4 derhalve nog over. No. 2 „Die Muskulatur insbezondere des Beckenbodens." Prochownick maakt de verdeeling van sluitspieren en steunspieren. Tot de sluitspieren rekent hij: Musc. constructor cunni (Luschka), Musc. transvers. perin. profundus (Henle), eenigermate M. sphincter extern., vooral de M. sphincter intern. Deze laatste zou voor de beide eerstgenoemde gedeeltelijk kunnen subintreeren. Te samen zouden zij eenigen steun aan het

pessar. kunnen geven, wanneer n.l. de „Tonus des Beckenbindegewebes" bestaat. Hij bedoelt hiermee, dat dit weefsel niet abnormaal slap mag zijn.

Toch schijnt het mij toe, dat het pess. niet veel steun daarvan ontvangt en althans niet behoeft. Immers bij groote perineaalrupturen, zoowel als bij intact perineum, ziet men, als men de labia openspalkt, den voorsten beugel vrij zweven. Een niet-intact perineum is geen contra-indicatie voor het dragen van pess., zooals Bouilly (bl. 8) zegt: „Insuffisance perinéale," enz. „il ne peut plus être question du traitement par le pessaire."

Echter zegt Proch.: „von weit höherer Bedeutung ist für unsere Frage" de spieren, die hij „Stützmuskulatur" noemt. Daarbij is de eenige spier de Levator ani. Volgens Proch. heeft „eigentlich seine ganze Hauptmasse keinen directen Zusammenhang mit den Generationsorganen." Doch een gedeelte van zijn bundels, die ontspringen van den opstijgenden schaambeentak, zouden langs de vagina loopen. De Musc. zou dan de vagina als een „elastisch Diaphragma" omgeven, „etwa im mitteleren Drittel ihres Verlaufes," en aldus werken: Wanneer het pess. „die Wanden der Scheide bis zu einem gewissen Grade gedehnt" heeft en daardoor de spier wordt aangeraakt, dan zou „der Muskel zur Mitthätigkeit aufgefordert" worden. En met dit verloop v. d. Levator ani, zegt Proch., moet nu het pess. rekening houden. Juist moet de kromming zijn op de plaats, waar de Levator ani begint; men voelt deze, toucheerende, als een wal in de

Vagina. De achterste beugel ligt dan boven den Levator ani, de onderste, voorste rust op den Levator ani, zoodat het geheele pess. „in der Neigungsebene des Muskels" ligt.

Echter speelt de adhaesie van ring- en vaginaalwand daarbij ook een rol.

Ten slotte „die organische Muskulatur und das elastische Gewebe der Scheidenwandung." Hij onderscheidt hierbij:

„1o. das fibrilläre Bindegewebsstratum der Mucosa Vaginae."

„2o. die circuläre und longitudinale Muskulatur."

„3o. die minimale, quergestreifte Muskulatur."

No. 3 is van geen beteekenis, doch „die beiden ersten Gewebsbestandtheile sind die einzigen wirklich directen Stützen fur Pessarien." En dit zijn zij niet door „Zusammenziehung," omdat door het pess. het „contractile Gewebe" geprikkeld wordt, of daardoor reflect. de spieren werken, maar doordien zij geven aan de Vagina „eine hochgradige passive Dehnungsfähigkeit ohne in reflectorische Contraction zu gerathen." Nu wordt door het pess. zóó de vaginaalwand gerekt, dat daardoor de Levator ani aangeraakt wordt en deze nu begint te werken. Alzoo zou volgens Proch. Vaginaalwand met Levator ani samen aan een pess. den steun geven.

C. Na aldus gezien te hebben aan welke eischen de pess. moet voldoen en waardoor zij werken, rest ons nog op te merken welke maatregelen door de

patiente zijn te nemen, opdat zij door het dragen van het pess. geen schade krijge. De *nabehandeling* wordt dit genoemd, dat is dus, nadat het pess. gebleken is het juiste te zijn en aan zijn doel te beantwoorden, wat door contrôle gedurende eenige dagen is gebleken. Deze nabehandeling bestaat hierin:

1o. men late de vrouw dagelijks een vaginaalirrigatie verrichten, hetzij met enkel lauw water, hetzij met eene niet prikkelende antiseptische oplossing.
2o. men reinige om de 3—6 maanden den ring. (Treub bl. 354. Leerb. G.)

Even beslist laat Schauta zich uit (bl. 11): „es müssen 1—2 Mal täglich Ausspritzungen mit lauem Wasser ausgeführt werden; ausserdem soll das Pessar spätestens alle 3 Monate entfernt, gereinigt und die Scheide gründlich desinficirt werden."

Bij Schultze heet het „mindestens jedesmal nach Ablauf der Regel."

Bouilly (bl. 12) zegt daarentegen weer: „Chaque jour la malade doit faire une injection légèrement antiseptique."

En wanneer deze voorwaarde wordt vervuld kan het pess. „être laissé en place sans inconvénient pendant 2 à 3 mois de suite sans qu'il soit besoin de retirer ni de le nettoyer." En op deze manier kan het pess. best verdragen worden „grâce à ces faciles précautions, celui-ci peut être toléré impunément pendant des années."

Het sterkst laat zich Chrysaphis uit („Thèse" etc. Paris 1891), die, wanneer de patiente niet beslist deze reinheid wil in acht nemen, aanraadt hulp te weigeren: „le chirurgien doit refuser son intervention."

Zijn er dan bij voldoende reiniging geen nadeelen verbonden aan het dragen van pess.? (De nadeelen veroorzaakt door het dragen van ondoelmatige pessaria en door onvoldoende reiniging zijn reeds vroeger beschreven). Reageert de vagina niet op de aanwezigheid van dit vreemde voorwerp?

In 't algemeen kan men zeggen is er weinig nadeel aan verbonden. De reactie van de vagina is zeer verschillend, bij de eene weinig, bij de andere meer. Het meest reageeren oude vrouwen na het climacterium, daarna virgines, het minst vrouwen van 20—40 jaar. (Prochownick.) Dus juist die het meest pess. gebruiken. „Die Beschaffenheit der Menses" zou voor de meerdere of mindere reactie van beteekenis zijn.

En wat zijn nu deze nadeelen, hoe reageert de Vagina? In de eerste plaats door meerdere afscheiding, door Vaginaalkatarrh, soms ook, volgens Prochownick (bl. 1659) door „Abschürfungen und selbst Ulcerationen der Scheidenschleimhaut, seltener durch bindegewebige Verdickungen oder Infiltrate in der Umgebung." Een enkele maal „bilden sich Druckerosionen nach einige Monaten," des te minder wanneer men, zooals boven aangegeven is, om de 3—6 maanden het pess. uit de Vagina neemt en reinigt.

In hoofdzaak blijft dus over de Vaginaalkatarrh;

deze echter is meestal gering, nu wij hard-gummi gebruiken en wanneer wij zorg dragen steeds met lauw warm water te irrigeeren en niet met antiseptische oplossingen, die de vagina prikkelen of wel die inwerken op het hardgummi, zooals Loodpreparaten b. v., en dit ruw maken en daardoor de vagina irriteeren. Trouwens, bij gebruik van hardgummi-pess. is lauw warm water voldoende, want komt er dan toch nog katarrh dan „pflegen auch sämmtlige Zusätze (Salicyl, Carbol, Hypermangan. Kalic.) nutzlos zu sein." (Prochownick.)

Soms gebeurt het dat een pessar. langen tijd goed verdragen wordt, totdat de patiente begint te klagen over pijnen „besonders haüfig nach dem Kreuzbein hin und bei Aenderungen der Körperstellung (Aufstehen, Hinsetzen, Treppen hinabsteigen) alsdan „ausstrahlend nach den Leistengegenden und recht haüfig nach den Beinen hin." (Proch.) Soms is het te verhelpen door het pessar. te verwisselen met een kleiner nommer, soms vindt men „Verdickung" van den Vaginaalwand, soms is er echter geen oorzaak voor te vinden.

Vroeger is opgemerkt, dat de vrouwen na eenige dagen soms niet eens meer bemerken, dat zij een pess. dragen. Geen wonder, dat dit aanleiding geeft tot verwaarloozing van de zoo dringend aanbevolen, zoo beslist geboden reiniging. Men laat eenvoudig de daaglijksche irrigatie na, ja erger nog, ook wordt verzuimd den ring te laten verwijderen en te laten reinigen en maanden, ja jaren soms, blijft de ring

voortdurend in de vagina zitten. Merkwaardig goed wordt dit dikwijls verdragen. Schultze heeft voorbeelden van „selbst mehrere Jahre lang" zonder klachten, zonder schade. Bouilly vond meestal slechts „une exagération de la sécrétion vaginale et une rougeur du culde-sac postérieur." Slechts „deux fois sur 130 cas, j'ai noté une ulcération superficielle dans le fond du vagin" en deze verdween na reiniging binnen enkele dagen.

Chrysaphis verhaalt 3 gevallen: de eene had in 3 mnd., de 2de in 6 mnd. geen irrigatie gedaan en de 3de had twee jaar „un anneau en plomb provisoire" gedragen zonder terug te komen en te laten controleeren. Bij allen werd bij goede behandeling spoedig genezing verkregen.

Dit neemt echter niet weg, dat steeds met de meeste beslistheid op goede reiniging moet aangedrongen worden.

En wanneer nu door deze therapie de klachten zijn verdwenen, dan, zoo hebben wij gezien, heeft de vrouw, die voorheen steriel was, ook door onze therapie de mogelijkheid tot conceptie verkregen. En niet alleen bestaat de mogelijkheid, „es ist ein haüfiges Ereigniss, dass Frauen, die viele Jahre nicht mehr concipirt hatten, nach Reposition des retroflectirt gewesen Uterus oft in vorgerücktem Alter noch Mutter werden." Daarom zij een laatste opmerking gewijd aan de graviditeit. Wat zullen wij doen, wanneer de vrouw zwanger wordt, zullen wij het pess. verwijderen of althans eenigen tijd laten liggen?

En een tweede vraag, welken invloed oefent de zwangerschap op de retroflexie uit?

Wanneer een vrouw, die een pessarium draagt zwanger wordt zullen wij haar dit laten behouden, opdat de zwangere uterus niet in retroflexie valle en bij toenemende vergrooting in het kleine bekken beklemd gerake, geincarcereerd worde. Mocht toevallig bij onderzoek een geretroflecteerde zwangere uterus gevonden worden, dan zal men om dezelfde reden ook daar, na repositie, een pess. appliceeren. Is echter de uterus zoo groot geworden, dat hij niet meer kan retroflecteeren, omdat hij boven het kleine bekken stijgt, zoo is het pess. niet meer noodig, is doelloos. Dan verwijdere men het. Dit is na de 16de week.

Volgens Prochownick zou het dragen ook later nog geen schade doen, het is echter onnoodig. Tot de 16de week schaadt het echter in geen geval.

Welken invloed oefent de zwangerschap op de retroflexie uit?

In 't algemeen oefent de zwangerschap een gunstigen invloed uit op de genezing. Schultze (bl. 170 „Lagever".) noemt de zwangerschap „ ein Ereigniss von besonders günstiger Prognose für definitive Heilung." „Keine Phase des Uterinlebens ist für definitive Heilung der Retroflexion so günstig als das Puerperium, das rechtzeitige, sowohl wie das vorzeitige." Wanneer nu in het puerperium de uterus toch weer in retroflexie valt, zoo behandelt Schultze dit

door consequent een ijsblaas op den onderbuik te leggen, koude klysmata te geven, dikwijls de blaas te ledigen en door secale prep. de involutie van den uterus te bevorderen. Hij heeft dan „häufig wahrgenommen dass die Retrofl. überhaupt nicht wiederkehrte." En ook wanneer 6 weken na de verlossing de uterus in retroflexie gevonden wordt, dus, wanneer de involutie van den uterus nog niet volkomen is, zijn de kansen op volkomen genezing met behulp van pessaria, gunstiger dan ooit. Schultze zegt het zelfs nog veel sterker „Wenn im rechtzeitigen oder im Wochenbett nach Abortus der Uterus durch Pessar verhindert wird in Retrofl. zu fallen, so kann nach Ablauf der ganzen Rückbildungsprocesse das Pessar entfernt werden ohne Gefahr, dass die Retroflexion wiederkehrt." — Dit is echter wel wat te kras gezegd.

ZIEKTEGESCHIEDENISSEN.

Aan het slot zijn opgenomen eenige ziektegeschiedenissen van patienten uit de particuliere praktijk van prof. Treub. Die uit de Leidsche kliniek en polikliniek had ik niet tot mijne beschikking en Prof Treub is nog te kort te Amsterdam, om uit de Amsterdamsche kliniek en polikliniek een voldoend aantal ziektegeschiedenissen te vinden, geschikt voor ons doel.

Ten deele zijn de historiae samengesteld uit spreekkamernotitie's, die zeer kort en soms zelfs te weinig uitgebreid zijn, doch die voor ons doel mij niet ongeschikt schijnen.

Uit de volgende ziektegeschiedenissen blijkt, dat deze patienten geen operatieve therapie noodig hadden, mits men n. l. met wat geduld en volharding trachte het voor hen geschikte pessar. te vinden.

I.

Patiente is 43 jaar, heeft 7 kinderen van 16—6 jaar. Voor 3 maanden had zij een twijfelachtigen abortus van enkele weken, met veel bloedverlies. De volgende periode was vrij normaal, de laatste was weer hevig. Zij is behandeld met extr. fluid. hydrast. Patiente voelt zich moe en slap; zij heeft pijn in den onderbuik.

11 April '94. Gefixeerde retroflexio uteri, brides zijn duidelijk te voelen. Na repositie met de sonde valt de uterus dadelijk weer achterover. Den volgenden dag worden in narcose de brides manueel verscheurd, wordt de uterus gecuretteerd en een Smith-pessarium aangelegd. Eenige dagen later vertrok patiente weer naar haar woonplaats.

4 Aug. '96 vertoonde patiente zich nog eens. De ring was geregeld gereinigd. Patiente heeft het goed gemaakt; zij had geen enkele klacht. Menstruatie kwam geregeld tot voor 10 weken. Daarna wegge-

bleven tot verleden week, toen bloeding, slechts iets meer dan normaal. De uterus ligt goed in anteflexie, de ring wordt gereinigd en opnieuw ingebracht.

II.

Patiente is 26 jaar en heeft sinds 1½ jaar, als zij loopt en bukt, pijn aan de linkerzijde van den onderbuik. Zij heeft een kind van 3 jaar, de verlossing werd forcipaal getermineerd. Puerperium verliep zonder koorts. Menses waren geregeld, behalve voor 3 maanden. Toen kwamen zij 14 dagen te laat, daarna weer geregeld. De eerste vier dagen na de periode heeft zij last van fluor albus, anders niet. Defaecatie is nu goed, voor een half jaar was zij traag. Mictie is goed.

24 Juni '92. Retroflexio uteri gevonden; anders geen afwijkingen. Na repositie met de sonde wordt een Smith-pess. ingebracht.

29 Juni '92. Zij heeft geen hinder van den ring gehad, pijn is veel minder. Bij onderzoek blijkt echter de uterus over den ring heen in retroflexie te liggen. Na repositie wordt een sterker gebogen Smith-pess. aangelegd.

7 Juli '92. Zij heeft gemenstrueerd. Nog af en toe heeft zij pijn en steken in de heup. De ring ligt goed en de uterus is in anteflexie.

11. Oct. '92. De pijn is veel beter, is zoo goed als weg. Patiente voelt zich veel aangenamer, zij kan

beter loopen en alles doen. De ring ligt goed. Uterus ligt in anteflexie. De ring wordt gereinigd.

27 Maart '93. Sinds drie maanden heeft zij pijn in den buik, ook af en toe pijn bij de mictie. Menses zijn geregeld. Daarbij geen pijn. Ring en uterus liggen goed; ring wordt gereinigd. Het linkerovarium wordt gevoelig. Druk geeft pijn links onder den ribbenboog, waar patiente die altijd gevoelt. Rechter nierpool is voelbaar bij diepe inspiratie. Haar worden zwavelbaden voorgeschreven.

19 Aug. '93. Zij heeft in drie maanden ruim 20 baden gebruikt. Zij is veel beter, doch niet geheel. Zij heeft soms nog pijn en een onaangenaam gevoel in den buik. De rechternier is nu geheel los, is niet pijnlijk; de linkernier is beweeglijk en pijnlijk. Zij moet voortgaan met baden te gebruiken en een buikband dragen.

1 Dec. '93. De ring is schoongemaakt en weer ingebracht door den medicus van de patiente. Daarna heeft zij pijn van den ring gekregen. Na eenig tobben en probeeren is de ring voor 4 dagen verwijderd. De laatste menstruatie was voor 5 weken. Uterus ligt in retroflexie, is week en vuistgroot. Bimanueele repositie en opnieuw het pessarium ingebracht.

16 April '94. Zwangerschap zonder stoornis. Voor puerperium de bekende maatregelen voorgeschreven.

5 Oct. '94. Den 9den Aug. spontane partus. Geen klachten. Alleen als patiente zich opricht heeft zij gevoel van iets, dat drukt. De uterus ligt in retroflexie. Tot afwachten wordt besloten.

30 Juni '96. Sedert geruimen tijd heeft zij weer pijn in den rug en pijn in de zijde evenals vroeger. De menses zijn geregeld. De uterus wordt met de sonde gereponeerd en het oude pess. wordt aangelegd.

Dec. '97. De ring is geregeld om het half jaar gereinigd. De uterus ligt goed. Patiente heeft nergens hinder van.

III.

Patiente is 26 jaar; zij heeft een kind van bijna 3 jaar; partus en puerperium gingen goed; ongeveer 9 maanden post partus kreeg zij pijn in den rug, doch nooit heel erg. Menses zijn geregeld, profuus, zij duren van 3—9 dagen. Fluor albus. Defaecatie is traag; in den laatsten tijd had zij het gevoel niet volkomen gedefaeceerd te hebben. De mictie is goed; alleen tijdens de menstruatie wat pijnlijk.

4 Jan. '93. In de vagina wordt gevonden een Smith-pessar. onderste boven liggend. De uterus ligt in retroflexie. Na repositie met de sonde wordt een sterker gebogen Smith-pess. ingebracht.

6 Jan. '93. De uterus ligt over den ring heen in retroflexie. Na repositie wordt een Thomas-pess. aangelegd.

8 Jan. '93. Ring en uterus liggen goed.

10 Jan. '93. Patiente heeft af en toe last van mictie. Anders is zij gezond. Ring en uterus liggen goed.

28 Juli '93. Geen klachten; ring en uterus liggen goed; de ring wordt gereinigd.

12 Dec. '94. In den laatsten tijd heeft patient veel hinder van pijn in den rug en in de linker buikhelft. Zij meent, dat de pijn in den buik gekomen is, nadat de medicus (die dit al eenige malen gedaan had) den ring gereinigd en op nieuw aangelegd heeft. Menses zijn geregeld; defaecatie is goed. Geen afwijkingen zijn te constateeren. Uterus ligt in anteflexie. De ring wordt verwijderd. Naderhand heeft patiente bericht, dat zij geen klachten meer had.

IV.

N. 35 jaar, kreeg voor 4 jaar een zwaar gevoel in den buik, vooral als zij liep. Zij kreeg voor 3 jaar een ring, waarop zij beter werd, tot zij een jaar later last kreeg van het gevoel van sterke vermoeidheid. Daarbij kwamen pijnen in den rug en in het rechter been. Patiente wijst duidelijk de plaats van den N. Ischiadicus in de gluteaalstreek aan als plaats van pijn. Overigens is patiente goed gezond. Eetlust, defaecatie, mictie goed, menstruatie geregeld, niet profuus, zonder pijn. Zij kan goed op beide zijden liggen, zij heeft geen buikpijn.

2 Maart '93. Bij onderzoek wordt gevonden, dat de uterus in retroflexie ligt en dat in de vagina een ronde celluloidring is.

Na bimanueele repositie, die gemakkelijk gaat, wordt een Smith-pess. van aluminium ingebracht.

7 Maart '93. Zij heeft geen hinder van ring gehad; de pijn in den rug is nog dezelfde. Geen pijn in het been meer gehad. Uterus en ring liggen goed.

21 Maart '93. Zij gevoelt zich gezond en heeft wandelingen gemaakt van 2½ uur zonder last van pijn, behalve wat pijn in den rug. Ring en uterus liggen goed. Zij gaat naar huis.

13 Maart '94. Door het alumin. pess. is een ulcus verwekt. Dit pess. werd daarop door haar medicus verwijderd; de uterus werd in anteflexie gevonden. Later werd een pess. weer ingebracht, doch nu heeft patiente gevoel van schrijnen, enz. Bij onderzoek wordt gevonden, dat de uterus in anteflexie ligt, terwijl zich een hard caoutchouc pess. in de vagina bevindt. De ring wordt gereinigd.

25 Oct. '95. Patiente maakt het goed; alleen heeft zij sinds 5 weken eenigen hinder van het pess., dat door haar medicus was weggenomen, gereinigd en opnieuw ingebracht. Bij onderzoek liggen uterus en ring goed; deze wordt gereinigd.

2de helft van '97. Patiente vertoont zich nog eens. Ring en uterus liggen goed.

V.

N. 29 j. heeft 1 kind van 3 j.; daarna voor 1½ jaar een abortus gehad van 4 maanden. Sinds dien tijd

heeft patiente pijn in den rug, in het hoofd, en in den stuit. Als patiente een poos geloopen heeft, heeft zij een moe gevoel in den onderbuik. Menstruatie is geregeld, niet profuus, 3—4 dagen. Veel fluor albus. Eetlust, defaecatie, mictie goed. Voelt zich afgemat en terneergeslagen. Zij draagt een pessarium.

15 April '93. De uterus ligt in retroflexie over het kleine SMITH-pessarium heen.

De repositie is gemakkelijk; adnexa zijn normaal; linkerzijde is gevoelig. Een grooter SMITH-pess. ingebracht.

21 April '93. De moeheid in den buik is weg. Pijn in den stuit en den rug nog dezelfde. Uterus ligt vrij goed, niet in sterke anteflexie.

23 Mei '93. Patiente klaagt nog zeer over pijn in den rug. De menstruatie had 8 Mei moeten komen, doch is weggebleven (anders was zij zeer geregeld). Zij is 's morgens misselijk. Uterus ligt goed, is vuistgroot, week, naar links, niet geheel in anteflexie. Ook niet in retroflexie. Afwachten.

12 Sept. '96 Na den partus heeft zij geen ring meer gedragen tot voor 2 maanden, toen zij een pess. van haar medicus kreeg. Zij heeft hinder van hevige pijn in de lendenen en rond den navel. De menses zijn geregeld, niet profuus. Defaecatie is goed, mictie in den laatsten tijd pijnlijk. Er wordt gevonden een retroflexie en de ovarii zijn in het cavum Douglasii goed beweegbaar (Volgens een ander medicus zouden deze vergroeid zijn). Bimanueele repositie wordt verricht en een SMITH-pess. ingebracht.

17 Sept. '96. Zij is aanmerkelijk veel beter; soms een gevoel van „knijping". De uterus ligt in retroflexie over den ring heen. Na repositie met de sonde wordt een THOMAS-pess. ingebracht.

1 Nov. '96. Na de menstr., verleden week, is de pijn veel erger. De uterus ligt in retroflexie over den ring heen. Na repositie met de sonde wordt een grooter THOMAS-pess. ingebracht.

8 Nov. '96. Uterus en ring liggen goed. Daarna maakte patiente het goed. Zij vertoont zich om het half jaar. In Dec. '97 was alles goed.

VI.

N., 22 jaar, heeft één kind van ruim 2 jaar. De partus was spontaan; zij kreeg daarbij een ruptuur, die gehecht werd. Drie maanden post partus kreeg patiente pijn rechts voor in den buik; het liggen was daarop zonder invloed. Menstr. geregeld om 14—16 dagen, 10 dagen lang, profuus. Zij was door de pijn nerveus, duizelig. Tijdens de zeereis (uit Indië) is de pijn veel beter geworden, zoodat zij nu alleen pijn gevoelt, als zij wat moe is. Geen fluor albus. Defaecatie, mictie goed, zonder pijn. Eetlust steeds matig. Zij was in Indië zeer zwak en kon 's avonds niet uitgaan. Door de zeereis is zij veel beter geworden.

3 Mei '93. Zij heeft nog bloeding. De uterus ligt in retroflexie; verder geen afwijkingen. Na repositie

met de sonde, die niet volkomen gelukt, wordt een Smith-pess. ingelegd en worden Secale-pillen gegeven.

22 Mei '93. De ring bleek onvoldoende te zijn. Een sterker gebogen Smith-pess. werd 8 dagen geleden gegeven; zij klaagt altijd nog over een moe gevoel in den buik, zoodra zij opstaat. Dit wordt na een paar uur beter. Anorexie. Lokaal status idem; de periode zal afgewacht worden (deze moet dezer dagen komen.) Pillen gestaakt. Zoo noodig Vin. amar.

5 Juni. Menses zijn zeer goed geweest, 6 dagen lang, gering. Buikpijn is nog dezelfde. Eetlust is goed, wel heeft zij maagpijn en kramp gehad. Ring en uterus liggen goed. Afwachten.

19 Juni. Zij klaagt weer over pijn in den buik, volkomen anorexie, lusteloosheid, heeft vooral hinder van de tropische hitte in deze dagen. Nog niet gemenstrueerd. Uterus en ring liggen volkomen goed.

30 Juni. Menses goed geweest, zeer gering. Nog even nerveus. Koude rugbegietingen voorgeschreven. Na volgende periode ring controleeren.

7. Aug. Menses zijn zeer weinig geweest; zij voelt zich beter, minder nerveus; ring gereinigd.

7 Sept. Zij is geheel goed. Geen klachten. Ring wordt gereinigd.

Daarop is zij naar Indië teruggegaan. Zij heeft later geschreven, dat het haar goed ging.

VII.

N. 28 j., heeft 3 kinderen; het oudste is 5 j., het jongste 2 jaar. Na de 2de bevalling voor 4 j. kreeg patiente circa 5 weken later een ontsteking aan het ovarium. Na dien tijd heeft zij altijd pijn, vooral tijdens de periode. Tusschen 2de en 3de kind had zij een abortus. Sedert de laatste 4 maanden heeft zij meer pijn, midden in den buik en voortdurenden aandrang tot urineloozing, die pijnlijk is. Defaecatie is moeilijk; daarbij pijn erger.

Evenzoo wordt de pijn erger bij beweging. Menses zijn ongeregeld, soms om de 3, soms om de 5, 6 weken, niet profuus, ca. 5 dagen lang. Veel fluor albus. Coitus zeer pijnlijk.

27 Nov. '89. Uterus ligt in retroflexie; de achtervlakte is zeer pijnlijk. Repositie met de sonde. Bij inbrenging van de sonde klacht over de oude pijn in de linkerzijde. Een Smith-pess. ingebracht.

18 Febr. '90. Eerst is zij goed geweest. Nu sinds 14 dagen hevige pijn in lenden en buik, ook in linkerarm en been. Uterus ligt bijna volkomen in anteflexie bij vrij sterk gevulde blaas. Niets bijzonders te voelen. Pessarium gereinigd, weer ingebracht. Warme irrigatie's. Priessnitz.

23 Maart '92. Patiente heeft den ring twee jaar gedragen; toestand is goed. Toen werd door haar medicus de ring verwijderd. Nu sinds een paar maanden had zij weer pijn links, vooral bij de periode. Menstruatie niet profuus. Voortdurend pijn in de

lendenen, zeer veel hoofdpijn. Defaecatie is geregeld. De aandrang tot mictie is gebleven, ook toen patiente den ring droeg. Uterus is geretroverteerd. Links daarachter pijnlijke zwelling (ovar. of tuba); endometrium is zeer gevoelig; patiente heeft hevige hoofdpijn. Na repositie met de sonde wordt een Smith-pess. ingebracht.

26 Mei. Den laatsten tijd heeft patiente veel pijn in den buik en in den rug; zij is spoedig moe. Uterus en ring liggen goed. De zwelling links is eer minder dan erger geworden.

Pols is klein. Zij ziet er bleek uit, haar slijmvliezen zijn niet zeer anaemisch. Warme irrigatie's voorgeschreven en Cortex chinae.

23 Nov. '92. Zij heeft den laatsten tijd weer veel pijn links, zij meent, dat de buik af en toe dik is aan die zijde. De pijn is vooral langs het lig. Pouparti. Er is niets te vinden. Uterus en ring goed.

Ung. Jodet. kal. en warme irrig. voorgeschreven.

19 April '93. Voor 3 weken kreeg patiente plotseling hevige pijn in den buik, zelfs zoo, dat diepe respiratie pijnlijk is. Het is twijfelachtig of uterus wat vergroot is; er is een vuilbruine afscheiding uit de vagina. Ring wordt tijdelijk verwijderd; warme irrigatie's.

7 Aug. '93. Zij loopt gemakkelijk zonder ring; evenwel heeft zij altijd nog pijn, ook rechts en zij vond, dat de buik zeer opgezet was. Bij onderzoek blijkt, dat de uterus matig geretroflecteerd is. Rechter nier is beweeglijk en pijnlijk. Buikband voorgeschreven.

22 Maart '95. Patiente klaagt over hoofdpijn, opgezetheid van buik; de menses zijn geregeld om de 28 dagen, 8 dagen lang van te voren pijn. Overal sterke vetontwikkeling. Uterus ligt in anteflexie. Dieet voorgeschreven en een goed corset aanbevolen, inplaats van het slechte, dat zij nu draagt.

VIII.

N., 35 jaar, nu 2½ jaar geleden een abortus gehad, daarna pijn op het water en incontinentie. Daar tegen een pess., omdat uterus zou gekanteld zijn. Nu 16 maanden geleden, een normale partus, menstruatie zeer profuus, wel 5—6 dagen lang. Vóór de menses pijn in buik en beenen. Beenen zijn dan stijf. Veel hoofdpijn boven rechter oog. Vroeger globus hyst., nu niet meer.

13 Mei '90. Uteris ligt in retroflexie, ostium en cervix zijn wijd geopend. In vagina is een Smith-pess. Aangeraden te laten curetteeren, hetgeen (in een Ziekenhuis) gedaan wordt. Daarna eerst een Smith-, toen een Thomas-pess. ingebracht. Beide zonder te helpen. Toen ontslagen zonder ring en op:

5 Juni terug. Bimanueele repositie en grooter en breeder Thomas-pess.

12 Juni. Zij heeft geen hinder van den ring, doch uterus ligt over den ring heen in retroflexie. De punt van het pess. ligt achter symph. tegen voorsten vagi-

naalwand. Nu een ronden ring voor steun gegeven.

11 Juli. Sinds 10 dagen weer klachten. Zij kan bijna niet loopen. Na repositie een grooter Thomas-pess. gegeven. Menstr. was de laatste maal 4 weken na de voorafgaande, doch iets profuser.

13 Juli. Het Thomas-pess. heeft niets gegeven, waarop een grooter, sterker gebogen Thomas-pess. van celluloid wordt gegeven.

18 Juli. Uterus ligt in anteflexie. 't Loopen is zeer slecht geweest. Tinct. Valer. gegeven.

6 Sept. '90. In 't begin ging het goed; de laatste dagen weer minder. De menses zijn op tijd en niet erg geweest. Uterus in anteflexie. Ring gereinigd.

11 Aug. '91. Uterus ligt goed. Ring wordt gereinigd. Zij heeft nog nerveuze klachten.

21 April '93. Experiendi causa wordt de ring verwijderd.

20 Nov. '93. Het loopen gaat goed. De laatste twee periodes zijn te kort op elkaar gekomen, eerst 3, toen slechts 2 weken pauze. Zij heeft een gevoel van krachteloosheid in de heupen. De uterus ligt volkomen in retroflexie. Wij zullen eerst met hydrastis beproeven; geeft dit niet dan zal weer een ring geappliceerd worden.

25 Febr. '94. Tijdens het gebruik van hydr. waren de menses goed; na ophouden weer meer bloed verloren bij de menses. Voortgaan met hydrastis.

IX.

N. 36 j., is 14 j. gehuwd, nooit gravida geweest. Menses zijn geregeld, maar zeer pijnlijk. In den laatsten tijd erger. Daarbij ook veel last van benauwdheid. Zij is steeds moe, heeft weinig eetlust; defaecatie is traag, waterloozing gaat moeilijk. Het is alsof zij wateren moet, doch dit gaat dan toch niet.

20 Sept. '88. Genital. ext. zijn normaal. Uterus is in retroflexie, de achterwand is ongelijk, vrij hard. Repositie deels met sonde, deels bimanueel. Smith-pess. ingebracht.

7 Nov. '88. Toestand niet verbeterd. Dezelfde klachten. Ring is eenmaal er bijna uitgevallen en toen door patiente zelf teruggeduwd. Pijn heeft zij er nooit van gehad. Uterus ligt in retroflexie. Pessar. zit achterste voren. Repositie gaat moeilijk. Daarna een Thomas-pess. ingebracht.

2 April '89. Zij heeft wel veel minder pijn dan vroeger, maar toch nog altijd bij de menstr., zoodat zij op een rustbed moet blijven liggen. Zij voelt zich daardoor zwak. Uterus en pess. liggen goed. Pessar. gereinigd. Curettement aangeraden.

9 Sept. '90. Nadat zij gecuretteerd was heeft zij een pess. gekregen, dat zij nu bijna een jaar draagt. De toestand is veel verbeterd. De menses zijn geregeld, niet profuus. Benauwdheid is gering. Uterus en ring liggen goed. Ring gereinigd.

X.

N. 29 j., heeft dit jaar een partus gehad. Zij had reeds sinds een jaar pijn rechts in den buik, na een schrik gekregen. Zij is echter ook in dien tijd in een kelder gevallen en heeft toen een twijfelachtigen abortus gehad. In den laatsten tijd is de pijn erger geworden en is het rechterbeen af en toe oedemateus. Buik is bij afwisseling dik. Zij heeft veel last van hoofdpijn. De menses zijn geregeld. Na de defaecatie het gevoel alsof iets na komt.

25 Sept. '88. Uterus ligt in retroflexie. Repositie met de Sonde. Smith-pess. Adnexa normaal.

2 Oct. Uterus in retroflexie. Bimanueele repositie gelukt twijfelachtig. Een klein Thomas-pess. ingebracht.

9 Dec. Uterus weer in retroflexie. Biman. repositie gaat volkomen. Een groot Smith-pess. gegeven.

29 Dec. Uterus in anteflexie. Uterus, noch adnexa gevoelig. Pat. zegt veel pijn gehad te hebben. Steeds nerveuze klachten. Tinct. Valer. c. Cort. Chin.

26 Jan. '89. Patiente klaagt over moeilijke defaecatie. Na nieuwjaar heeft zij geen hoofdpijn meer gehad. Zij heeft soms het gevoel alsof de ring naar buiten kwam. Enkele malen pijn rechts in den buik. Uterus ligt in anteflexie. Ring wordt gereinigd en opnieuw aangelegd. Over 3 mnd. terug.

21 Sept. '89. In Mei en nu voor kort eenmaal hevige buikpijn. Anders geen klachten. Hoofdpijn is veel beter dan vroeger; uterus ligt in anteflexie. Experiendi causa ring weggenomen.

14 Nov. '89. Oude klachten weer terug. Zij heeft waarschijnlijk vóór 14 dagen een abortus van eenige weken gehad. Uterus ligt in retroflexie. Repositie met de Sonde. Smith-pess.

10 Dec. '89. Zij heeft veel pijn gehad, drie dagen na de menses. Daarna weg. Menses zijn eerst opgehouden, toen weer teruggekomen. Uterus ligt goed.

17 Maart '90. De laatste 14 dagen heeft pat. een hinderlijk gevoel van drukking. Menses bleven eerst 6 weken weg, toen hevig. Daarna weer pijn rechts. Veel pijn bij de menses. Ring ligt goed; deze schoongemaakt. Wellicht later curettement. Hoofdpijn is weg.

30 Mei '90. De menses waren tweemaal op tijd, niet erg. 14 dagen later hevige bloeding, 14 dagen lang. Daarna een paar dagen sereuze afscheiding. Hoofdpijn, pijn rechts. Ligging van uterus is goed. Op aanraden gecuretteerd.

12 Sept. Laatste menses had zij deze week, 8 dagen lang. Zij heeft een pijn gehad, alsof de ring niet goed zat na de defaecatie. Nu niet meer. Uterus en ring liggen goed.

13 April '91. Exped. causa ring verwijderd.

12 Mei. Nu weer meer hoofdpijn; gevoel van drukken, zakken. Uterus ligt in retroflexie. Linker ovarium is vergroot, pijnlijk. Na repositie met de Sonde een Smith-pess. ingebracht.

Sept. '91. Ring gereinigd.

14 April '92. De menses zijn weinig; zij heeft weinig pijn. Ring en uterus liggen goed. Ring gereinigd. Zij is geregeld onder behandeling gebleven en draagt nog een ring. Zij maakt het heel goed.

XI.

N. is. 36 j., heeft 2 kinderen, waarvan de oudste 18 j., de jongste 13 j. is. Zij bemerkte in Oct. '88 een beginnende prolaps, die een gevoel van drukking gaf. Zij heeft etterigen fluor albus. Menses zijn geregeld. Frequenten aandrang tot urineloozing heeft patiente, als zij het pess. draagt. De ontlasting is moeilijk, erger sinds het dragen van den ring. Veel pijn in de lendenen, spoedig vermoeid, vooral de laatste 14 dagen. Zij draagt nu het 3de pess.

27 Jan. '89. Genital. externa vertoonen geen afwijking. Zij draagt een dikken, ronden, eigen gemaakten caoutchouc-ring. Uterus ligt in retroflexie. Bimanueele repositie is niet volkomen mogelijk. Gereponeerd met de Sonde. Een Smith-pess. ingebracht.

3 Febr. '89. Patiente klaagt over het gevoel alsof iets uit de vulva komt, vooral als zij loopt. Zij heeft plm. geen fluor albus; de lendenpijn is veel minder. Tenesmi ad vesic. zijn verdwenen. Ontlasting is moeilijk. Uterus ligt in anteflexie. Pess. ligt goed. Aan Ost. urethrae is een kleine polyp; zij zegt, dat daar de pijn zit. Deze afgeknipt, en gecauteriseerd met lapis inf.

8 Mei. Zij klaagt veel over opgezetheid van den buik, vooral na het eten. Ontlasting is alleen met medic. te verkrijgen. Weinig lendenpijn meer. Nog wel een gevoel van drukking naar onder. Sterk meteorisme. Uterus ligt in retroflexie over den ring heen en is zeer beweeglijk. Repositie met de sonde. Een Thomas-pess. ingebracht.

1 Juli. Zij heeft slechts enkele malen hinder van den ring gehad. Nog af en toe lendenpijn. Opgezetheid minder. Nu en dan fluor albus. Uterus in anteflexie. Pess. ligt goed. In situ gelaten.

4 Sept. Status idem. Opgezetheid alleen vóór de menstr. komt. Uterus in anteflex.; pess. gereinigd; opnieuw geappliceerd.

12 April '90. Geen klachten. Ring gereinigd.

XII.

N. 39 j., heeft nu ruim 1 jaar geleden een abortus van 3 mnd. gehad. Daarbij kwam de vrucht alleen en eerst 14 dagen later de placenta, nadat de patiente weer eenige dagen op de been was. In dien tijd heeft zij hevig gebloed; ook nadat de placenta er uit was. Daarna af en toe weer bloeding tot na een paar maanden de uterus uitgekrabd werd. Daarna een luchtkuur te Kleef, waarop zij weer geheel gezond werd.

Voor 4 maanden kreeg pat. na sterke vermoeienis pijn in de rechter inguin. streek, vooral tegen de komst van de menses, doch ook wel daartusschen in. Geen pijn bij trappen loopen, defaec. of coitus. Menses zijn regelmatig, niet erg. Geen fluor albus. Zij heeft 3 kinderen, oudste is 11, jongste is 3 jaar.

31 Aug. '89. Uterus ligt in retroflexie en naar rechts, adnexa normaal. Bimanueele repositie is vrij

moeilijk. Daarna gaat de uterus weer half terug. Een Smith-pess. ingebracht.

7 Oct. '89. Van den ring heeft pat. niets gemerkt. Alg. toest. is zeer goed. Menses zijn geregeld geweest. Geen pijn in de rechterzijde meer. Pess. ligt achterste voren. Uterus ligt in retroflexie Na repositie een Thomas-pess. gegeven.

29 Oct. '89. Geen klachten; de ring is eenmaal wat naar buiten gekomen. Uterus in anteflexie. Pess. ligt goed.

3 Febr. 90. Voor 14 dagen ring verloren. Sinds dien tijd weer pijn in rug en been. Na repositie het pess. opnieuw ingebracht.

12 Juni '90. Geen klachten. Ring en uterus liggen goed. Afscheiding is gering. Pess. weer ingebracht.

22 Sept. '90. Menses zijn sinds het einde van Juli weggebleven. Subject. zwangerschapsbezwaren. Zij ziet er vervallen uit. Zij moet over 2½ mnd. terugkomen.

17 Dec. '90. Uterus komt tot den navel. Zij voelt vruchtbewegingen. Ring wordt verwijderd.

Half Mei is patiente bevallen. Toen zijn geen pogingen tot behandeling aangewend.

23 Sept. '91. Uterus ligt in retroflexie. Na repositie een Smith-pess. ingebracht.

2 Mei '92. Patiente voelt zich de laatste dagen moe en zwak. Zij heeft pijn in den onderbuik. Is zeer nerveus. Heeft een bleekgele gelaatskleur. Uterus ligt in retrofl. over den ring heen. Ring verwijderd. Chin. de Vrij voorgeschreven.

9 Mei '92. Repositie is buiten narcose onmogelijk.

Ook het inbrengen van de Sonde. Onder narcose repositie en een sterk gebogen SMITH-pess. ingebracht.

13 Mei '92. Ring en uter. liggen goed.

XIII.

N. 28 jaar, heeft 1 kind van 2¼ jaar. Haar klachten zijn in hoofdzaak: aanhoudende pijn in de streek van het sacrum, die uitstraalde naar boven en naar den buik. De pijn verergert bij onderzoek, etc. Zij is lang behandeld door een med. voor catarrh van het collum uteri. Daarna perineoplastiek (zij had bij partus ruptur. perin. gekregen) en curettement. Menses zijn geregeld. Zij heeft gevoel van onvolkomen defaecatie.

21 Jan. '91. Uterus is klein en ligt in retroversioflexie. Adnexa zijn niet te voelen. Na repositie een THOMAS-pess. ingebracht.

9 Mei '91. Zij heeft nog tal van klachten. Ring verwijderd. Geen afwijkingen te vinden.

28 April '92. In Dec. '91 was de ring weer ingebracht, omdat patiente meende, dat het loopen dan beter ging. Sinds een maand er weer uit. Zij loopt nog wel goed, doch klaagt over pijn na de cohabitatie, 3—4 dagen lang; dit is zonder ring even erg als met ring. Uterus ligt goed. Geen afwijkingen te vinden.

12 Juni '93. Zij was geheel goed, toen voor eenige dagen na een rijtoer weer de oude klachten terug-

kwamen. Haar echtgenoot is naar Indië. De rust doet haar goed. Uterus is vergroot, halfvuistgroot, is hard, in anteflexie. Tegen nerveuze klachten koude douche's.

XIV.

N., 32 jaar, is voor 4 maanden voor het eerst bevallen; gedurende en na den partus eenige malen gecatheteriseerd. Daarna blaascatarrh. Nu nog over dag om de 3 uur urineeren en 's nachts eenmaal. De urine heeft erg gestonken, nu niet meer; is ook niet erg troebel. Ontlasting is nog altijd zeer moeilijk; zij meent haemorrhoiden te hebben. Zij heeft pijn aan weerszijden van den onderbuik. Zij kan niet op de zijde liggen, want krijgt dan pijn in den rug.

8 Maart '91. Bij onderzoek wordt gevonden fissura ani, retroflexie uteri. Urine is volkomen helder. Na repositie van den uterus wordt een Smith-pess. ingebracht; melk-dieet en lauwwaterclysma gegeven; de fissura gekliefd.

16 Maart. Pijn in den buik is opgehouden, totdat ruim 24 uur later patiente bij het rekken een gevoel kreeg alsof iets in den buik knapte; toen weer pijn. Blaasstoornissen zijn nu weer dezelfde, doch wat beter geweest. Uterus ligt in retroflexie over pess. heen. Na repositie met de sonde een Thomas-pess. ingebracht.

19 April. Urineeren nu om de 4 uur; is wel pijnlijk, doch niet zoo erg meer als vroeger. Zij kan

weer op de zijde liggen. Ring en uterus liggen goed. Ring gereinigd en opnieuw ingebracht.

4 Juni. Laatsten tijd heeft pat. weer pijn, ook bij 't urineeren. Ontlasting is moeilijk niettegenstaande Casc. Sagr. 't Slapen gaat beter. Uter. en ring liggen goed. Ring gereinigd. Wildunger Water en Dragées Demazière voorgeschreven.

22. Dec. Zij is tot Aug. met de blaas blijven sukkelen, tot zij in Aug. na gebruik van een emulsie met lycopod. geheel genezen is. Menses zijn geregeld, iets te vroeg, weinig profuus. Fluor albus. Defaecatie is geregeld en gaat nu zonder medic. Uterus en ring liggen goed. Ring wordt gereinigd.

10 Aug. '93. Voor 4 mnd. 2de partus. Daarna tobberij met het pess. dat haar med. niet goed kon krijgen. Dit is toen weg gelaten en pat. voelt zich nu weer zenuwachtiger dan vroeger. Uterus ligt in retrofl. Na repositie met de sonde een Thomas-pess. ingebracht.

23 Jan. '94. Ring is gedragen tot 5 Dec. '93. Toen weggenomen. Drie weken ging het goed. Nu is de oude pijn min of meer terug. Zij heeft een zwaar gevoel onder aan het lijf. Menses laatste keer om de 14 dagen. Uterus in retroflexie. Na repositie met de sonde een Thomas-pess. ingebracht. Aangezien dit niet verdragen wordt, wordt het vervangen door een Smith-pess.

3 Oct. Patiente was eenigen tijd uitstekend. Sinds den zomer is zij minder goed na het wandelen; zij krijgt dan hinder van het zakken van

den ring. Ring en uterus liggen goed. Ring gereinigd.

19 April '97. Patiente heeft hinder van uitzakking en van hangbuik. Deze is vrij sterk. Zij draagt een slechten band. Die van GLENARD voorgeschreven.

Uterus en ring liggen goed.

XV.

N. 43 jaar, heeft 3 kind., waarvan het oudste 10 jaar en het jongste 6 jaar is. Voor 2 jaar is zij erg nerveus geworden, tijdens ziekte van den man. Toen is zij schor geworden, heeft tic conv. gekregen en permanent pijn in den buik, door den geheelen buik heen. Menses zijn om de 3 weken, matig profuus; nu en dan fluor albus.

24 Juni '91. Pat. heeft eene retroflexie uteri. Na repositie met de Sonde, een SMITH-pess. ingebracht.

9 Juli '91. Ring en uterus liggen vrij goed, doch niet geheel. Sinds 14 dagen bloeding. Hydrastis voorgeschreven.

21 Oct. '91. Den laatsten tijd had patiente weer buikpijn, de menses komen langer na elkaar; veel fluor albus. Zij heeft het druk gehad en voelt zich nu moe en slap. Zij is zeer anaemisch en heeft nerveuze klachten. Uterus ligt vrij goed. Ring gereinigd. Cortex chin. en Tinct Valer. voorgeschreven.

27 Nov. '92. Het gevoel van zakken is nu nagenoeg

weg. Menses zijn geregeld. Zij heeft veel buikpijn. Ring en uterus liggen goed. Ring gereinigd.

29 Maart '93. Zij heeft weinig buikpijn; menses zijn geregeld. Het gevoel van zakken alleen bij oververmoeidheid. Zij bemerkt niets van den ring. Ring en uterus liggen goed. Ring gereinigd.

21 Nov. '93. In de laatste dagen heeft pat. weer buikpijn. Anders maakt zij het goed. Menses zijn geregeld. Ring en uterus liggen goed. Ring wordt gereinigd.

XVI.

N., 32 jaar, heeft in Indië veel gesukkeld met pijn in den buik, nu en dan opkomende misselijkheid en duizeligheid. Zij heeft 4 kinderen; de oudste is 10 jaar, de jongste is 4 jaar. Vóór 10 maanden abortus van 1 maand. Menses zijn geregeld, normaal, zonder invloed op de pijn. Geen fluor albus. Defaecatie en mixtie goed.

24 Sept. '91. Patiente heeft last van drukgevoeligheid op de lendenwervelkolom en den buik. Uterus ligt in retroflexie. Portio is bijna weg. Na repositie met de sonde wordt een Smith-pess. ingebracht.

1 Oct. '91. Zij heeft geen hinder van den ring gehad. De uter. ligt in retroflexie. Een sterker gebogen ring geappliceerd.

8 Oct. '91. Uterus ligt in retroflexie over den ring heen. Uterus was gevoelig. Afwachten.

19 Oct. '91. Na repositie een SMITH-pess. ingebracht.

26 Oct. '91. Geen klachten, doch uterus ligt weer in retofl. over den ring heen. Nu een ronde ring ingebracht.

20 Nov. '91. Geen klachten; ring gereinigd en opnieuw ingebracht.

6 April '95. Patiente heeft het goed gemaakt tot nu 14 dagen geleden zij plotseling zonder eenige aanleiding zeer pijnlijke en frequente mictie kreeg. Menses zijn geregeld. Uterus ligt in anteflexie, blaas is niet gevoelig. Urine is helder. Eau de Vichy voorgeschreven.

XVII.

N. 32 j. heeft in April haar 4den partus gehad. De eerste is 13 jaar geleden. Het puerperium was van den 6den dag door koorts gestoord; zij is toen lang behandeld voor malaria; daarna voor salpingites behandeld met tampons. Zij had hevig pijn in lenden en aan linkerkant, zóó hevig, dat zij flauw viel. Toen ontdekt, dat zij een gefixeerde retrofl. uter. had. De strengen werden losgemaakt en de uterus in anteft. met pess. gehouden. Daarop veel beter. Vooral tijdens de zeereis uit Indië, nu weer wat minder.

7 Jan. '97. De uterus wordt door een SMITH-pess. in anteflexie gehouden en ligt iets naar links. Links is er wat gevoeligheid, geen duidelijke resistentie. De ring wordt weer ingebracht.

16 Febr. '97. Zij heeft weer hinder van flauwte, doch niet zoo erg als vroeger, doch wel vaker. Uterus en ring liggen goed. Vooral pijn in de lenden.

6 April. Zij is veel beter geweest; in den laatsten tijd echter weer wat minder door allerlei drukte en ongeregeld inspuiten.

Uterus en ring liggen goed. Ring wordt gereinigd.

26 Aug. '97 Voor een week of 6 heeft patiente hinder van afscheiding gekregen; ring gereinigd door haar medicus; daarna is de afscheiding weer toegenomen. Na de behandeling pijn gekregen en eenigen tijd gehouden. Bij vermoeidheid is de pijn zeer hevig. Na wandeling pijn in de sacraalstreek. Uterus ligt goed. Geen zwelling. Anaemie. Ring wordt weggelaten. Warme irrig. en Blaud'sche pillen voorgeschreven.

14 Dec. '97. Uterus ligt goed. Patiente maakt het best.

XVIII.

N. 24 j., had voor ruim 1 jaar haar eersten partus; een paar maanden later werd een retroflexie gevonden. Na repositie werd een pessar. geappliceerd, hetwelk na 6 weken weer verwijderd werd. Nu draagt zij sinds ruim 7 maanden opnieuw een pessarium. Zij is in den laatsten tijd abnormaal prikkelbaar. Menses zijn profuus, langer dan vroeger, met coagula. Veel fluor albus. Eetlust matig, defaecatie en mictie goed.

25 Mei 1888. Uterus in retroflexie, week. In de vagina is een Smith-pess. met den ondersten bocht naar boven. Uterusholte wijd, veel slijm en bloed aan de sonde.

Begin Juni. Curettement; liquor stypticus. Een klein Thomas-pess. ingebracht. Dit na 3 dagen verwijderd, omdat de uterus er over heen in retroflexie lag. Een paar dagen later een grooter Thomas-pess. geappliceerd, dat na een week blijkt goed te zitten.

17 Sept. '88. Pessarium gereinigd. Uterus in anteflexie. Patiente gevoelt zich uitstekend, geen enkele klacht. Menses geregeld, niet profuus. Fluor albus minder dan vroeger.

Maart '91. Pessarium wordt geregeld gereinigd. Exper. causa het pess. weggelaten. Drie weken later opnieuw klachten over gevoel van zwaarte, moeheid, prikkelbaarheid. Uterus ligt weer in retroflexie. Na repositie pess. weer ingebracht.

Daarna alles weer goed.

April '93. Kolpitis, pessar. weggelaten.

Mei '93. Weinig klachten.

1 Nov. '93. Uterus in retroflexie, geen klachten, niets doen.

Mei '96. Gravida sinds 6 weken. Geen klachten.

Einde Juni '96. Incarceratieverschijnselen. Bemoeilijkte mictie, bloedige afscheiding. Repositie van den zwangeren, geretroflecteerden uterus in narcose. Smith-pess. Na een paar weken opgestaan.

31 Dec. '96. Spontane partus van een levend, voldragen kind. In puerper. secale en warme irrigatie.

Drie maanden post. part. klachten over zwakte en lendenpijn. Uterus in retroflexie; na repositie door haar medicus een SMITH-pess. geappliceerd.

Nov. '97. Pessar. verwijderd.

Eind Jan. '98. Uterus weer in retroflexie door haar medicus gevonden. Geen daarvan afhankelijke klachten. Ring weggelaten.